

RAPPORT ANNUEL
DE GESTION **2012-2013**

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

RAPPORT ANNUEL
DE GESTION **2012-2013**

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
LE 16 SEPTEMBRE 2013

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Rédaction

Directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Révision des textes et graphisme

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Diffusion

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Dépôt légal

ISBN 978-2-923743-99-8

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Service de la performance, de la qualité et des communications de la Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, au numéro suivant : 819 929-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca.

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Message

DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Tout au long de l'année, les établissements de l'Estrie et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont mis l'accent sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Chacune des décisions de gestion et d'organisation de services est appuyée par un suivi rigoureux de notre offre de service pour toutes les clientèles de notre région. Les engagements d'amélioration de services, pris en début d'année 2012-2013, nous permettent maintenant d'apprécier, par la lecture de ce rapport annuel, les avancés du réseau des établissements de l'Estrie. Ces derniers ont su et savent que le travail de partenariat, de collaboration et de décisions collectives est la valeur ajoutée de notre région. Les résultats sont des plus positifs et nous encouragent à poursuivre avec rigueur et ardeur. De plus, ces améliorations d'offre de service ont été atteintes tout en faisant face aux objectifs d'optimisation qui nous ont été fixés et en assurant l'équilibre budgétaire de tous les établissements de l'Estrie. Les administrateurs, les administratrices, les gestionnaires, les équipes médicales et le personnel du réseau ont toute notre appréciation pour leurs résultats, leurs efforts et leur engagement.

Au cours de la prochaine année, des efforts additionnels seront déployés pour mettre en place une première ligne de services capable de donner de l'accès à des services de santé et de services sociaux, 24h/7 jours, organisée localement ou régionalement, et afin d'augmenter l'accès à un médecin de famille. De plus, nous souhaitons dans un premier temps poursuivre l'ensemble de nos projets entourant le dossier clinique informatisé. Dans un deuxième temps, nos énergies seront dirigées à l'optimisation des ressources, autant administratives que cliniques, puisque les projets sont nombreux et méritent toute notre attention et notre soutien. Finalement, nous nous engageons à conduire des travaux en matière de coordination en sécurité civile afin de réviser notre modèle de gouvernance et de commandement et de mettre en œuvre une approche multirisque.

Sur ces engagements pour la prochaine année, nous souhaitons que la lecture du rapport annuel vous apporte, comme c'est le cas pour nous, la fierté et la reconnaissance quant au travail accompli par le réseau des établissements en collaboration avec les équipes médicales, les organismes communautaires et les différents partenaires nous appuyant dans nos services à la population de l'Estrie et du Réseau universitaire intégré de santé de Sherbrooke.





M[e] Denis Paré
Président du conseil d'administration

M[me] Johanne Turgeon
Présidente-directrice générale

Déclaration

SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie* ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Johanne Turgeon

M^me^ Johanne Turgeon
Présidente-directrice générale

Nouvelle image

DE MARQUE POUR L'AGENCE

C'est après un long processus créatif que l'équipe des communications de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a élaboré une nouvelle image de marque pour son organisation.

De par ses couleurs, ses formes et ses textures, cette nouvelle image représente les forces de l'Agence et de son réseau : le dynamisme, la créativité, le partenariat, la réussite, la fiabilité, la vitalité et la jeunesse. L'inspiration émane du nombre d'or, aussi appelé « Nombre divin ». Cette proportion mathématique présente tant dans la nature (humain, tournesol, etc.) que dans de grandes œuvres (Parthénon, Pyramides de Gizeh, Cathédrale Notre-Dame de Paris, etc.). Il a été étudié et appliqué par plusieurs génies comme Platon et Léonard de Vinci.

Accompagnés de ces formes imbriquées les unes dans les autres pour former un cercle, les mots « Une inspiration. De l'innovation. » représentent bien la réalité de notre réseau : tous les établissements se complètent pour ne faire qu'une seule entité inspirante et novatrice.

Importance d'une image de marque

Une organisation se doit d'avoir une image de marque afin d'être reconnue; celle-ci l'aidera à mieux faire passer ses messages. Bien que l'Agence ait déjà une forme d'identification corporative avec son logo, rien ne la différenciait des autres agences, voir des autres organisations gouvernementales. Attention : cette nouvelle image ne remplace pas le logo officiel de l'Agence, elle l'accompagne!

Étapes à venir...

Vous verrez que, au fil du temps, les publications officielles de l'Agence s'adapteront à cette nouvelle image. Gardez l'œil ouvert!

Table
DES MATIÈRES

:: LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES IX

1. RÔLE ET FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE ET DE SON RÉSEAU 1

1.1. AGENCE 3

1.1.1. Mission et valeurs 3
1.1.2. Organigramme 7
1.1.3. Effectifs 8
1.1.4. Table de coordination régionale de l'Estrie (TCRE) 9
1.1.5. Conseil d'administration 10
1.1.6. Comité de gouvernance et d'éthique 11
1.1.7. Comité de vérification 12
1.1.8. Comité de vigilance et de la qualité 13
1.1.9. Comité régional pour le programme d'accès en langue anglaise 14
1.1.10. Forum de la population 15
1.1.11. Commission infirmière régionale (CIRE) 16
1.1.12. Commission multidisciplinaire régionale (CMURE) 17
1.1.13. Département régional de médecine générale (DRMG) 18
1.1.14. Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) 19
1.1.15. Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) 20

1.2. RÉSEAU ESTRIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 21

1.2.1. Territoire couvert et population 21
1.2.2. Établissements 22
1.2.3. Affaires corporatives 24
1.2.4. Effectifs 24
1.2.5. Organismes communautaires 26

2. ENJEUX PRIORITAIRES 27

2.1. ENJEU 1 : UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES DU RÉSEAU, DONT LES GMF ET LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES 29

2.1.1. Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population 31
2.1.2. Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services 32
2.1.3. Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés 62
2.1.4. Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services 64
2.1.5. Assurer la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux offerts 65

2.2. ENJEU 2 : LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE **73**

2.2.1. Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux 74

2.2.2. Soutenir les processus de recrutement des établissements 77

2.2.3. Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie 78

2.2.4. Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et des employés et employées du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements 82

2.2.5. Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements 84

2.2.6. Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidats et des candidates, ainsi que du personnel 86

2.2.7. Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien, et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre 88

2.3. ENJEU 3 : LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007 ET DE SA MISE À JOUR 2010 **89**

2.3.1. Accentuer les mesures de promotion de la santé et de bien-être et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique 90

2.3.2. Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique 102

2.3.3. Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou d'intoxications à déclaration obligatoire 105

2.4. ENJEU 4 : LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES **111**

2.4.1. Répondre aux défis par le développement d'organisation performante et novatrice 113

2.4.2. Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles 115

2.4.3. Relever les défis de santé financière par la diminution des dépenses administratives 123

2.4.4. Mettre en œuvre des mécanismes de négociation des ententes de gestion mobilisants 125

3. DONNÉES FINANCIÈRES 129

3.1. ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE **131**

3.1.1. Rapport de la direction 131

3.1.2. Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie 132

3.1.3. Suivi de la réserve 134

3.1.4. États des résultats 135

3.2. ÉTATS FINANCIERS DU RÉSEAU **157**

3.2.1. Situation financière des établissements 157

3.2.2. Budget net de fonctionnement 159

3.2.3. Optimisation des ressources 160

3.2.4. Autorisations d'emprunt temporaire 161

3.2.5. Allocation des ressources aux organismes communautaires 162

ANNEXE 169

Liste
DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AMP	ACTIVITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE
CAFE	CRISE - ADO - FAMILLE - ENFANCE
CAR	CENTRE D'ASSISTANCE RÉGIONAL
CAT	CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME
CECII	COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CHUS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
CIRE	COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE
CJE	CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE
CMURE	COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE
CQA	CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT
CR	CENTRE DE RÉADAPTATION
CRDE	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE
CRDITED	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
CRE	CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE
CRSP	COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES
CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DCI	DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ

DI	DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
DMS	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
DRMG	DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE
DSAMU	DIRECTION DES SERVICES, DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES
DSPE	DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION
DSQ	DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC
ETC	ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET
GMF	GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE
IAB	INITIATIVE DES AMIS DES BÉBÉS
ICCA	INSTITUT CANADIEN DES COMPTABLES AGRÉÉS
IMP	INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE
INSPQ	INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
IPS	INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE OU INFIRMIER PRATICIEN SPÉCIALISÉ
ITSS	INFECTION TRANSMISE SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG
IUGS	INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
MADO	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
MELS	MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT
MOI	MAIN-D ŒUVRE INDÉPENDANTE
MRC	MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
OEDC	OBSERVATOIRE ESTRIEN DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

OIIQ	ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC
PAB	PRÉPOSÉE OU PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES
PAR	PLAN D'ACTION RÉGIONAL
PAVE	PLAN D'ACTION POUR SOUTENIR LA VACCINATION DES 0-2 ANS EN ESTRIE
PCP	PRATIQUE CLINIQUE PRÉVENTIVE
PDRH	PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
PEM	PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX
PNSP	PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
PQDCS	PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
PREM	PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX
PRF	PLAN RÉGIONAL DE FORMATION
PRIMOSSS	PARTENARIAT RÉGIONAL D'INTÉGRATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
PSI	PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS
PSOC	PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
QEF	QUÉBEC EN FORME
RITM	RÉSEAU INTÉGRÉ DE TÉLÉCOMMUNICATION MULTIMÉDIA
RLS	RÉSEAU LOCAL DE SERVICES
RNI	RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE
RSIPA	RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES
RSSS	RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
RTF	RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL
RTSS	RÉSEAU DE TÉLÉCOMMUNICATION SOCIOSANITAIRE

SAD	SOUTIEN À DOMICILE
SAPA	SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES
SIL	SYSTÈME D'INFORMATION DE LABORATOIRE
SIMASS	SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS
SIPPE	SERVICE INTÉGRÉ EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE
SNCE	SERVICE NATIONAL DU COURRIER ÉLECTRONIQUE
TCRE	TABLE DE COORDINATION RÉGIONALE DE L'ESTRIE
TECFE	TABLE ESTRIENNE DE CONCERTATION FORMATION EMPLOI
TED	TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
TRCDMS	TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE
TRQ	TABLE RÉGIONALE QUALITÉ
TRRH	TABLE RÉGIONALE DES RESSOURCES HUMAINES
URFI	UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE
VMC	VILLA MARIE-CLAIRE

1

Rôle et fonctionnement
DE L'AGENCE ET DE SON RÉSEAU

1.1. AGENCE

1.1.1. MISSION ET VALEURS

La mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ci-après nommée « Agence ») consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines, et de services généraux et spécialisés.

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagers;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers et aux usagères;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents et agentes de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
    - informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
    - identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
    - mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
    - développer une expertise en promotion et en prévention;
    - identifier des situations où une activité intersectorielles s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son

plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'ententes, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;
- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies (article 346);
- délivrer la certification à l'exploitant ou à l'exploitante d'une résidence pour personnes âgées si, après vérification, cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.7);
- faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitant ou l'exploitante est titulaire d'un certificat de conformité, afin de vérifier dans quelle mesure cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.8);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

Les valeurs

Le ***respect***, l'***équité***, le ***partenariat***, la ***reconnaissance*** et la ***performance*** sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Agence pour accomplir sa mission et établir ses relations avec ses partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires et ses partenaires intersectoriels.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. En privilégiant ces cinq valeurs, l'Agence exprime l'intention qu'elles soient respectées, dans ses rapports avec ses partenaires, avec d'autres organisations, ou encore avec le public en général, et qu'elles soient également respectées en regard des ressources humaines.

Il va de soi que les décisions que prendra le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) devront respecter l'ensemble des valeurs préconisées, sans privilégier l'une au détriment de l'autre. Les précisions qui suivent viennent enrichir l'énoncé de chaque valeur et donner, à titre indicatif, la perspective dans laquelle pourra s'incarner chacune d'elles.

Le respect

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

Cette première valeur choisie constitue l'assise des valeurs communes du RSSS, et exprime le respect des citoyens, des citoyennes, des groupes, des organisations et des informations transmises sous le couvert de la confidentialité.

Le respect se manifeste également dans les attitudes et dans les comportements à l'égard du personnel, des partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population :

- À l'égard du personnel, des partenaires intersectoriels et de la population, le respect commande l'attention qu'on leur accorde, l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Le respect de la dignité humaine et de la valeur de chaque personne doit toujours inspirer l'exercice de l'autorité et de la responsabilité.
- À l'égard des partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, le respect fait appel à l'ouverture envers ces derniers, qui encadrent et rendent possible l'exercice de la mission de l'Agence. Cette valeur implique une relation de confiance avec les partenaires de travail et envers le RSSS.

L'équité

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun et de chacune, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe conduisant à corriger des inégalités subies par des personnes ou des groupes moins favorisés.

La notion d'équité s'applique d'abord à la population, aux établissements et aux organismes communautaires. Elle s'applique également au personnel.

Cette valeur s'appuie sur les droits et libertés des personnes, et signifie que notre organisation vise un équilibre dans l'accès aux ressources et à la gamme de services de santé et des services sociaux offerts sur l'ensemble du territoire. L'équité suppose que nos procédés ne créent ni préjudice ni désavantage manifeste, et que tous et toutes soient à l'abri d'une forme d'injustice quant aux résultats de nos actions.

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence tient compte des caractéristiques spécifiques des individus, des individues ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

Le partenariat

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties ayant convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

L'Agence reconnaît l'apport essentiel de tous les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, par le partage de leurs ressources et par leur complémentarité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'Agence croit en l'importance d'établir des rapports de collaboration avec les citoyens, les citoyennes, les partenaires, les syndicats et les autres organisations se sentant liés, ou partageant une responsabilité et des intérêts communs en lien avec le RSSS.

En choisissant cette valeur, l'Agence, souligne l'importance de développer une coopération avec tous les partenaires du réseau, dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels, afin de favoriser une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population, et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

La reconnaissance

La reconnaissance signifie que l'Agence est consciente que son personnel et ses partenaires sont les atouts les plus précieux de son organisation et la clé de son succès. À ce titre, l'Agence les reconnaît et les valorise, entre autres, par de la formation et du soutien à la prise de l'emploi.

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux. Ces résultats méritent d'être soulignés et mis en valeur. Ceux et celles qui les ont développés doivent pouvoir constater l'appréciation de leur milieu. De plus, tous les efforts pour faire mieux doivent être encouragés et appuyés.

L'Agence reconnaît l'importante contribution des ressources humaines pour l'actualisation de sa mission. La participation et l'engagement du personnel et des partenaires, dont les organismes communautaires, sont essentiels au développement d'une organisation de services intégrés, ainsi qu'à la prestation de services de qualité.

La performance

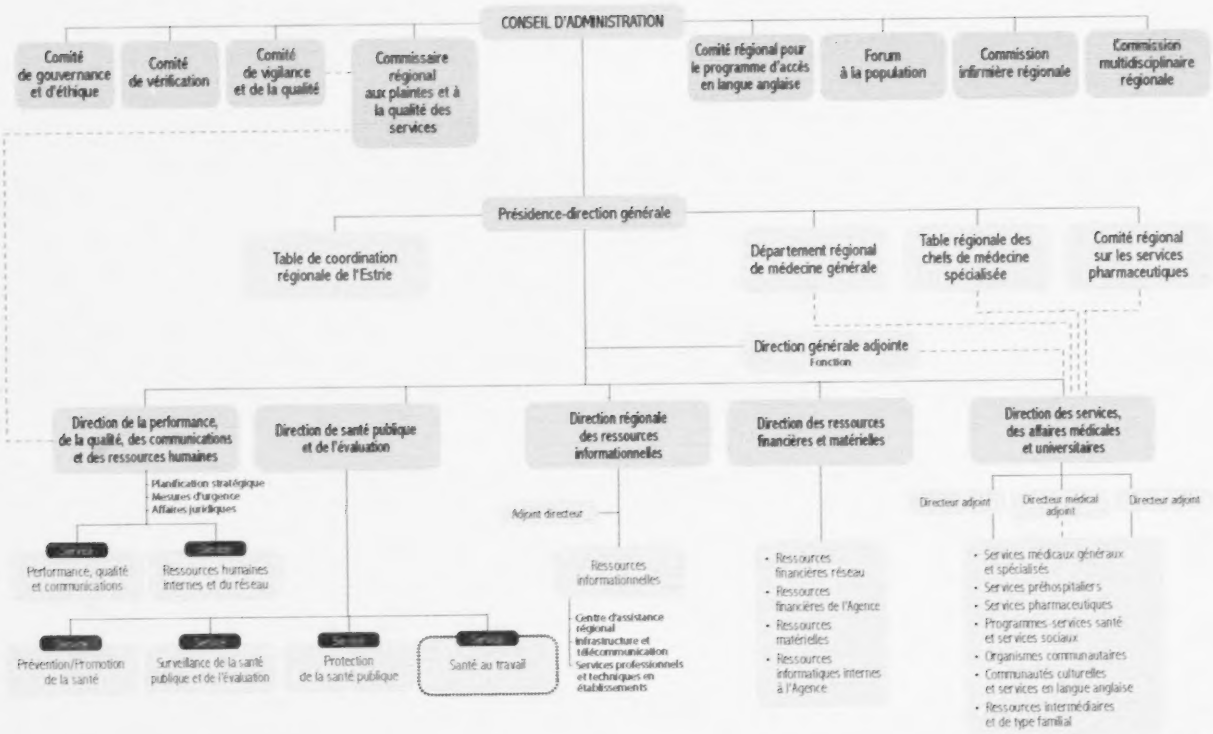
La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence compte faire tous les efforts nécessaires pour assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

L'Agence a le souci d'obtenir les meilleurs résultats en utilisant le mieux possible les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles à sa disposition.

L'utilisation optimale des ressources nécessite une approche d'imputabilité rigoureuse et une démarche d'intersectorialité, où la mise en commun des habilités, des connaissances, des perceptions, la recherche constante de solutions plus adéquates, ainsi que l'entraide et le soutien mutuel, contribuent à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Cette valeur suggère enfin l'importance d'être attentif à saisir les opportunités de développement ou d'optimisation, tout en ayant un souci de premier ordre pour la qualité des services. En ce sens, l'Agence vise à satisfaire, dans le respect des normes, selon les meilleures pratiques et au moindre coût, les besoins et les attentes de la population qu'elle dessert.

1.1.2. ORGANIGRAMME



Ententes de gestion et de financement avec la CSST (Commission de la santé et de la sécurité au travail)

Adopté par le C.A. le 6 novembre 2012

1.1.3. EFFECTIFS

LES CADRES : *(Données provenant de l'entrepôt de données local Logibec)*	
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0
LES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS RÉGULIERS : *(Données provenant de l'entrepôt de données local Logibec)*	
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	135
- Temps partiel (statut 3)	6
- Nombre de personnes en sécurité d'emploi	0
LES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS OCCASIONNELS : *(Données provenant du Cube Masse salariale Logibec)*	
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	11 083,25
- Équivalents temps complet	6.08
LES MÉDECINS-CONSEILS :	
- Équivalents temps complet	20

1.1.4. TABLE DE COORDINATION RÉGIONALE DE L'ESTRIE (TCRE)

Au cours de l'année 2012-2013, la TCRE a tenu deux lac-à-l'épaule. Un premier en début d'année afin d'ajuster les modalités de travail et de mettre en place un mécanisme de suivi des travaux des comités directeurs de programme clientèle et des tables régionales efficaces pour répondre aux besoins des directeurs généraux et des directrices générales.

C'est en début d'année qu'il a été convenu des trois grands chantiers de travail qui occuperaient l'espace des rencontres de la TCRE :

- l'organisation des services médicaux;
- l'informatisation, un projet régional;
- l'optimisation des ressources.

Au lac-à-l'épaule de fin d'année, les directeurs généraux et des directrices générales des établissements et le comité de direction de l'Agence ont tenu une rencontre de réflexion, d'échange et de travail sur la gestion du réseau et les partenariats à travailler afin de faire face aux défis des prochaines années. La mise en œuvre de cette vision de la gouvernance sera une priorité de travail pour la TCRE au cours de la prochaine année.



Mme LYNDA FÉRGNY, DIRECTRICE DES SERVICES DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES DE L'AGENCE; Mme NATHALIE LÉONARD, DIRECTRICE DE LA PERFORMANCE, DE LA QUALITÉ, DES COMMUNICATIONS ET DES RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE; M. MURRAY MCDONALD, DIRECTEUR GÉNÉRAL AU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE; M. PIERRE LATULIPPE, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CSSS DU GRANIT; Mme DANIELLE LAREAU, DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE DU CSSS DU GRANIT; M. CAROL FILLION, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CSSS-IUGS; Dre IRMA L'ESPÉRANCE, DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION PAR INTÉRIM DE L'AGENCE; M. DONALD MARCOTTE, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CSSS DE LA MRC DE COATICOOK; M. MARIO MORAND, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CSSS DES SOMMETS ET DU CSSS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS; M. PIERRE LALANDE, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CSSS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS; Mme MONIQUE CORBEIL, DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CSSS DE MEMPHRÉMAGOG; Mme LUCIE DUMAS, DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE DE RÉADAPTATION L'ESTRIE; Mme MARIE CARON, DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE; Mme MICHELINE LAMOTHE, DIRECTRICE RÉGIONALE DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES DE L'AGENCE; Mme PATRICIA GAUTHIER, DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CHUS; Mme JOHANNE TURGEON, PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE; Mme FRANCE SIMONEAU, DIRECTRICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES DE L'AGENCE

1.1.5. CONSEIL D'ADMINISTRATION (C. A.)

En plus de s'acquitter de ses responsabilités en matière de suivi de la planification stratégique régionale, de l'allocation des ressources financières, de l'adoption et du suivi du plan d'action annuel et de la performance des établissements de la région de l'Estrie en matière d'accès et de qualité de services par le suivi des ententes de gestion, le C.A. a adopté :

- la *Politique de prévention de la violence et de harcèlement en milieu de travail*;
- l'allocation pour le projet de construction du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie;
- la mise à jour de l'organigramme de l'Agence pour soutenir la mise en œuvre de la priorité d'informatisation des établissements et du réseau de l'Estrie;
- le *Plan régional sociosanitaire de prévention et de protection en cas de chaleur accablante ou de chaleur extrême*;
- le *Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2012-2015*;
- la mise à jour du règlement sur le Comité régional pour le programme d'accès aux services en langue anglaise;
- les allocations spécifiques en déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED), et en déficience physique (DP), en négligence chez les jeunes et en soins palliatifs;
- le *Plan triennal des projets et des activités en ressources informationnelles*;
- la *Politique interne de gestion contractuelle concernant la conclusion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction*.



Mme Nicoara Meible, Dr Patrice Pelletier, Mme Louise Fyfe, Mme Norah Hommel-Comtois, M. Bernard Lacroix, Mme Denis Paré, Mme Louise Rousselle, Mme Lyne Cardinal, Dr Dominique Dorion, Mme Johanne Turbide, Mme Linda Rémillard, Mme Provencher et M. Gaétan Lévesque. ABSENT DE LA PHOTO : M. Alain Vivier.

1.1.6. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

:: Réalisations

- Révision du règlement de régie interne du C.A.;
- Révision des règles de fonctionnement du Comité de vérification et des règles de fonctionnement du Comité de vigilance et de la qualité;
- Mise à jour du *Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs*.

:: Mandat reçu du conseil d'administration

- Assurer le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec en matière de gouvernance de l'Agence.

:: Composition

- **M^e Denis Paré**, président du C.A.
- **M^me Linda Beauchamp-Provencher**, vice-présidente du C.A.
- **M^me Johanne Turgeon**, présidente-directrice générale, de l'Agence



M^me LINDA BEAUCHAMP-PROVENCHER, M^e DENIS PARÉ ET M^me JOHANNE TURGEON

1.1.7. COMITÉ DE VÉRIFICATION

:: Réalisations

- Adoption du *Rapport financier annuel* (AS-475) *audité de l'Agence* pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2012 (par le C.A. le 11 juin 2012).
- Adoption du *Rapport financier annuel* consolidé du fonds de santé au travail pour l'exercice financier terminé le 31 décembre 2011 (par le C. A. le 11 juin 2012).
- Adoption du budget détaillé 2012-2013 (AS-475) de l'Agence (par le C. A. le 11 juin 2012).
- Sensibilisation aux administrateurs et aux administratices, de leurs rôle et responsabilités à titre de membres du comité de vérification.
- Examen du suivi budgétaire de l'Agence pour les périodes sept et onze de l'année financière 2012-2013.
- Prise de connaissance de la liste des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction liant l'Agence pour l'année 2012-2013.
- Adoption de la mise à jour des règles et du fonctionnement du comité de vérification (par le C. A. le 24 septembre 2012).
- Présentation des crédits régionaux disponibles pour l'année financière 2012-2013.

:: Composition

- M^me^ **Louise Lévesque**, organismes du milieu communautaire
- M^me^ **Louise Gosselin**, personne indépendante
- **M. Bernard Lacroix**, personne indépendante
- M^me^ **France Simoneau**, directrice des ressources financières et matérielles, Agence
- M^me^ **Hélène Richard**, conseillère aux établissements, Direction des ressources financières et matérielles (DRFM), Agence

1.1.8. COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

:: Réalisations

- Rapports statistiques périodiques examinés sur l'état des dossiers traités par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Rapports examinés sur les dossiers conclus et fermés incluant des mesures correctives recommandées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Modifications adoptées du document portant sur les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité.
- Propositions adoptées sur les mesures d'optimisation du travail du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Propositions adoptées sur le contenu du rapport annuel concernant l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services.

:: Composition

- M^me^ **Louise Lévesque**, présidente du comité de vigilance et de la qualité, représentante des organismes communautaires
- M^me^ **Norah Humérez-Comtois**, représentante des comités des usagers des établissements
- M^me^ **Victoria Miekle**, personne indépendante
- M^me^ **Nathalie Léonard**, directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, Agence
- **M. Denis Beaulieu**, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, Agence

1.1.9. COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS EN LANGUE ANGLAISE

:: Réalisations

- Établissements et organismes communautaires sensibilisés à la réalité de la population d'expression anglaise.
- Plan d'action régional (PAR) en matière d'accès aux services en langue anglaise suivi périodiquement.
- Règlements généraux révisés.
- Fonds dédié à la traduction de documents à l'attention des usagers et des usagères d'expression anglaise mis sur pied.
- Cadre de référence élaboré permettant l'analyse des projets de traduction soumis par les établissements et les organismes communautaires en santé et services sociaux.
- Projets, soutenus financièrement par le palier fédéral, analysés, approuvés et suivis :
  - Projet d'adaptation des services du Réseau communautaire de santé et de services sociaux;
  - Programme de formation en langue anglaise (McGill).
- Babillard régional mis à jour, comprenant une banque de documents traduits en anglais disponibles pour l'ensemble des établissements.
- Projet réalisé en vue de faciliter le recrutement de stagiaires.

:: Composition

- **M. George Zevgolis**, usager des services de santé et services sociaux d'expression anglaise
- **M^me^ Sylvie Gilbert-Fowlis**, directrice, Aide communautaire de Lennoxville et des environs
- **M^me^ Shannon Keenan**, coordonnatrice, Association des Townshippers
- **M^me^ Monique Giroux**, responsable des communications, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Memphrémagog
- **M^me^ Lynne Desmarais**, responsable du dossier sur l'accès aux services en langue anglaise, CSSS-IUGS
- **M. Jean-Guillaume Marquis**, agent de planification, de programmation et de recherche, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- **M. Donald Warnholtz**, chef de service, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) Estrie
- **M^me^ Brendalee Piironen**, directrice générale, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Wales inc.
- **M. Charles Lamontagne**, responsable du dossier sur l'accès aux services en langue anglaise, Agence



1.1.10. FORUM DE LA POPULATION

:: Réalisations

- Participation active de membres du Forum à certains comités de l'Agence :
  - Comité régional sur la promotion des droits des usagers;
  - Promotion de la qualité en continu;
  - Prix d'excellence du RSSS;
  - Reconnaissance des organismes communautaires.
- Préparation de capsules d'information déposées sur le site Internet de l'Agence, à la page dédiée au Forum.
- Élaboration d'un plan de travail permettant d'actualiser les mandats confiés par la LSSSS.
- Évaluation complétée du fonctionnement du Forum de la population.
- Révision de l'*Entente administrative sur le Forum de la population entre la Conférence régionale des élus de l'Estrie et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie* en vue du renouvellement 2013.

:: Composition

- M^me^ **Suzanne Bernard**, présidente, Ville de Sherbrooke
- **M. Jn-Guy Saint-Gelais**, vice-président, Ville de Sherbrooke
- **M. Pierre Boisvert**, Ville de Sherbrooke
- M^me^ **Pierrette Fernet**, Ville de Sherbrooke
- **M. Claude Quintin**, municipalité régionale de comté (MRC) de Memphrémagog
- **M. Mario St-Pierre**, MRC de Coaticook
- **M. Dan Paul Soroceanu**, MRC de Memphrémagog
- **M. Réal A. Vachon**, MRC du Granit
- **M. Jean Verlez**, Ville de Sherbrooke
- M^me^ **Hélène Dauphinais** (membre sortante)
- **M. Gérald Badger** (membre sortant)
- **M. Alexandre Blanchette** (membre sortant)
- **M. Roger Morin** (membre sortant)
- M^me^ **Nathalie Léonard,** personne désignée par la présidente-directrice générale de l'Agence, Agence
- M^me^ **France Massicotte-Dagenais,** agente de planification, de programmation et de recherche, Agence

Six postes vacants au 31 mars 2013.



1.1.11. COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE (CIRE)

:: Réalisations

Une seule rencontre informative s'est tenue cette année concernant les sujets suivants :

- Campagne de recrutement *L'Estrie t'applaudit*.
- Budget de développement DI-TED-DP.
- Budget de développement Jeunes en difficulté (JED).
- Priorités de travail 2012-2013 des comités directeurs des programmes-services.
- Révision du fonctionnement de la Commission.

:: Composition

- M^me^ **Josée Bernier**, infirmière désignée par la présidente-directrice générale de l'Agence, Agence
- M^me^ **Lyne Cardinal**, gestionnaire de soins infirmiers, CSSS du Val-Saint-François
- **M. Guillaume Carette**, membre du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), CHUS
- M^me^ **Céline Bureau**, gestionnaire des soins infirmiers, CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)
- M^me^ **Marie-Claude Fillion**, représentante de cégeps, Cégep de Sherbrooke
- M^me^ **Manon Goudreau**, membre des comités exécutifs du conseil des infirmiers et des infirmières (CECII), CSSS des Sources
- M^me^ **Marie-Ève Jacques**, infirmière praticienne, CSSS des Sources
- M^me^ **France Landry**, membre des CECII, CSSS-IUGS
- M^me^ **Diane Lavers**, membre observatrice, Centre de formation professionnelle 24-Juin
- **M. Stéphan Lavoie**, représentant du programme universitaire de sciences infirmières, Université de Sherbrooke
- **M. Philippe Limoges**, membre des CECII, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- M^me^ **Lynda Périgny**, membre observatrice, Agence
- M^me^ **Isabelle Roy**, membre du CIIA, CSSS-IUGS
- **M. Steeve Roy**, membre des CECII, CSSS du Haut-Saint-François
- M^me^ **Chantale Tardif**, membre observatrice, CSSS-IUGS

Au 31 mars 2013, un poste de membre observateur est vacant.



1.1.12. COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE (CMURE)

:: Réalisations

Une seule rencontre informative s'est tenue cette année concernant les sujets suivants :

- Campagne de recrutement *L'Estrie t'applaudit*.
- Budget de développement DI-TED-DP.
- Budget de développement JED.
- Priorités de travail 2012-2013 des comités directeurs des programmes-services.
- Révision du fonctionnement de la Commission.

:: Composition

- **M. François Bergeron**, membre observateur, CSSS du Haut-Saint-François
- **M^me^ Josée Bernier**, membre observatrice, Agence
- **M^me^ Estelle Chamoux**, représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaires dans les domaines de la santé, Université Bishop's
- **M^me^ Isabelle Champigny,** professionnelle du domaine social, CSSS du Val-Saint-François
- **M^me^ Sandrine Charron**, professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CSSS du Haut-Saint-François
- **M^me^ Nicole Chiasson**, représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaires dans les domaines sociaux, Université de Sherbrooke
- **M^me^ Sylvie Doiron**, gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, Centre de réadaptation Estrie inc. (CRE)
- **M^me^ Karine Dumont**, représentante des domaines techniques, CRDITED Estrie
- **M. Guy Lemire**, représentant des cégeps de la région, Cégep de Sherbrooke
- **M^me^ Lynda Périgny,** personne désignée par la présidente-directrice générale de l'Agence, Agence
- **M. Martin Robert**, gestionnaire du domaine social, CSSS de Memphrémagog
- **M^me^ Marilyne Vachon**, professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CRE
- **M^me^ Danielle Vallières**, professionnelle du domaine social (à défaut de représentant), CSSS du Granit

Au 31 mars 2013, deux postes des domaines techniques et deux postes de membres observateurs sont vacants.



1.1.13. DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

:: Réalisations

Au cours de l'année, le DRMG a tenu quatre assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers ayant été traités :

- *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) et le recrutement des seize postes autorisés au PREM 2013.
- Activités médicales particulières (AMP), la gestion des règles et leurs mises à jour.
- Analyse des dossiers de renouvellement ou d'accréditation des groupes de médecine de famille (GMF).
- Organisation des services médicaux de première ligne, en lien avec les tables médicales territoriales ainsi que les services médicaux de deuxième ligne.

:: Composition

MEMBRES ÉLUS

- **Dre Stéphanie Blais-Boilard**, catégorie « Municipalités (MRC) hors Sherbrooke »
- **Dre Suzanne Turcotte**, catégorie « CLSC »
- **Dre Raymonde Vaillancourt**, catégorie « Cabinets médicaux »

MEMBRE D'OFFICE

- **Dr André Munger**, directeur médical adjoint à la Direction des services, des affaires médicales et universitaires (DSAMU), désigné par la présidente-directrice générale de l'Agence, Agence

MEMBRES NOMMÉS

- **Dr Gérard Chaput**, CSSS du Granit
- **Dre Irma Clapperton**, directrice de santé publique et de l'évaluation par intérim
- **Dre Marie Giroux**, Département de médecine familiale, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- **Dre Sonia Landry**, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- **Dr Patrice Laplante**, volet hospitalier, CHUS
- **Dr Yves-Mathieu Léger**, CSSS des Sources
- **Dre Catherine Vanasse**, volet longue durée, CSSS-IUGS
- **Dre Natacha Vincent**, CSSS du Val-Saint-François
- **Dr Mario Wilhelmy**, CSSS de Memphrémagog

MEMBRES OBSERVATEURS

- **Mme Marie-France Fournier**, directrice adjointe à la DSAMU, Agence
- **M. Jonathan Keays**, agent de planification, de programmation et de recherche à la DSAMU, Agence



1.1.14. TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE (TRCDMS)

:: Réalisations

Cette année, trois rencontres se sont tenues ainsi que des élections pour la composition de la Table et la nomination de l'exécutif. Son principal objectif était d'améliorer l'accès à la médecine spécialisée. Par conséquent, la TRCDMS a été informée des sujets suivants :

- Retards de lecture et délais d'attente des examens réalisés en radiologie diagnostique.
- Postes vacants au *Plan des effectifs médicaux en médecine spécialisée*.
- Problèmes d'accès notamment en gastro-entérologie et en orthopédie.

:: Composition

MEMBRES VOTANTS

- Dr **Hervé Walti**, pédiatrie, CHUS
- Dr **Gaétan Langlois**, chirurgie, CHUS
- Dr **Pierre Beauséjour**, psychiatrie, CHUS
- Dre **Paule Hottin**, psychogériatrie, CSSS-IUGS
- Dr **Frédéric Mior**, anesthésiologie, CHUS
- Dr **Guy Waddell**, obstétrique-gynécologie, CHUS
- Dr **The-Bao Bui**, radiologie, CHUS
- Dr **Adrian Pusca**, médecine interne, CSSS du Granit
- Dr **Jean Dubé**, biochimie, CHUS
- Dr **John Robb**, médecine interne, CSSS de Memphrémagog
- Dr **Dominique Dorion**, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Dr **Patrice Perron**, représentant de la TRCDMS au C. A. de l'Agence

MEMBRES OBSERVATEURS

- Dr **Mazen Choulakian**, résident en médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Dr **Pierre Chevrier**, chef médical du programme-clientèle Biologie médicale, CHUS
- Dr **Stéphane Tremblay**, directeur des services professionnels, CHUS
- Dr **Patrice Laplante**, représentant du DRMG
- Mme **Lynda Périgny**, directrice, DSAMU, Agence
- Dr **Michel Baron**, médecin spécialiste, DSAMU, Agence
- Mme **Suzanne Brochu**, professionnelle, DSAMU, Agence
- Mme **Marie-France Fournier**, secrétaire adjointe à la TRCDMS, DSAMU, Agence



1.1.15. COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

:: Réalisations

Au cours de l'année, le CRSP s'est réuni à quatre reprises et a réalisé principalement les travaux suivants :

- Élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et pharmaciens communautaires de l'Estrie.
- Soutien et implication dans la gestion des ruptures d'approvisionnement de certains produits pharmaceutiques.
- Suivi du projet clinique concernant la clientèle sous anticoagulothérapie.
- Soutien au déploiement d'outils cliniques dans le dossier de la trajectoire de la femme enceinte.
- Participation aux travaux du Commissaire à la santé et au bien-être.

:: Composition

- **M. Jean-Luc Trottier**, président du Comité et représentant des pharmaciennes et pharmaciens propriétaires
- **M^me^ Julie Bissonnette**, représentante des pharmaciennes et pharmaciens en établissement
- **M^me^ Marie-Christine Anctil**, représentante des pharmaciennes et pharmaciens communautaires
- **M^me^ Armelle Apter**, représentante des chefs de département de pharmacie en établissement
- **M^me^ Marie-France Fournier**, directrice adjointe à la DSAMU, désignée par la présidente-directrice générale de l'Agence, Agence
- **M. Jonathan Keays**, agent de planification, de programmation et de recherche à la DSAMU, Agence



1.2. RÉSEAU ESTRIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1.2.1. TERRITOIRE COUVERT ET POPULATION

En Estrie, le RSSS couvre un territoire de 10 187,56 km² (excluant certains plans d'eau) divisé en six municipalités régionales de comté (MRC) ainsi qu'un territoire équivalent, soit celui de la Ville de Sherbrooke. Le réseau dessert une population de 315 487 personnes.

	POPULATION 2012		
MRC OU TERRITOIRE	HOMME	FEMME	TOTAL
MRC du Granit	11 296	10 889	22 185
MRC des Sources	7 281	7 231	14 512
MRC du Haut-Saint-François	11 326	10 586	21 912
MRC du Val-Saint-François	15 103	14 349	29 452
Ville de Sherbrooke	78 753	82 500	161 253
MRC de Coaticook	9 426	9 006	18 432
MRC de Memphrémagog	23 517	24 224	47 741
Estrie	**156 702**	**158 785**	**315 487**
Ensemble du Québec	**3 998 024**	**4 056 732**	**8 054 756**

Source : Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Service des statistiques sociales et démographiques. Estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, version mai 2013. Ces données de population tiennent compte également de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien au cours des dernières années, tels que la fécondité, la mortalité, la migration internationale, la migration interprovinciale et la migration interrégionale (découpage en vigueur le 1er juillet 2012). L'estimation a été réalisée à partir du recensement de 2006 et constitue une donnée provisoire.

Référence : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation. Outil de données de population de l'Estrie, mise à jour en juin 2013, consulté le 2013/9/5, disponible à l'adresse : www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_evaluation/portrait_region.php

Les données récentes de l'état de santé de la population estrienne révèlent qu'au niveau des habitudes de vie et des comportements liés à la santé, certains facteurs de risque demeurent toujours préoccupants. Le tabagisme, par exemple, même s'il affiche une certaine baisse, affecte tout de même près d'une personne sur cinq en Estrie. De plus, environ la même proportion de personnes est sédentaire durant les loisirs. Bonne nouvelle cependant : les Estriennes et les Estriens, en général, semblent mieux s'alimenter que la moyenne québécoise en affichant une consommation plus élevée de fruits et de légumes, même si des progrès restent à faire à ce niveau.

Au chapitre des maladies chroniques et de l'état de santé de la population, le constat change peu depuis quelque temps. L'obésité connaît une progression au sein de la population du Québec. En Estrie, la situation est statistiquement comparable à celle de la province. En 2009-2010, environ une personne sur dix est obèse. L'obésité est un facteur de risque de nombreuses maladies chroniques. L'atteinte et le maintien d'un poids santé sont importants pour réduire ce risque et améliorer l'état de santé en général. Les personnes ayant un excès de poids ou étant obèses s'exposent à diverses maladies et affections graves (hypertension artérielle, maladies coronariennes, diabète de type 2, accident cérébrovasculaire, maladie de la vésicule biliaire, arthrose, apnée du sommeil et autres problèmes respiratoires, certains cancers, notamment du sein, du côlon et de l'endomètre, problèmes de santé mentale, par exemple une faible estime de soi et la dépression). Parallèlement, le diabète, souvent une conséquence de l'obésité, accuse une augmentation soutenue, autant en Estrie qu'au Québec. En Estrie, toutefois, la prévalence du diabète est statistiquement inférieure à celle du Québec. Enfin, la région affiche un portrait similaire au Québec en ce qui a trait à la mortalité pour les principales causes de décès, soit le cancer et les maladies cardiovasculaires.

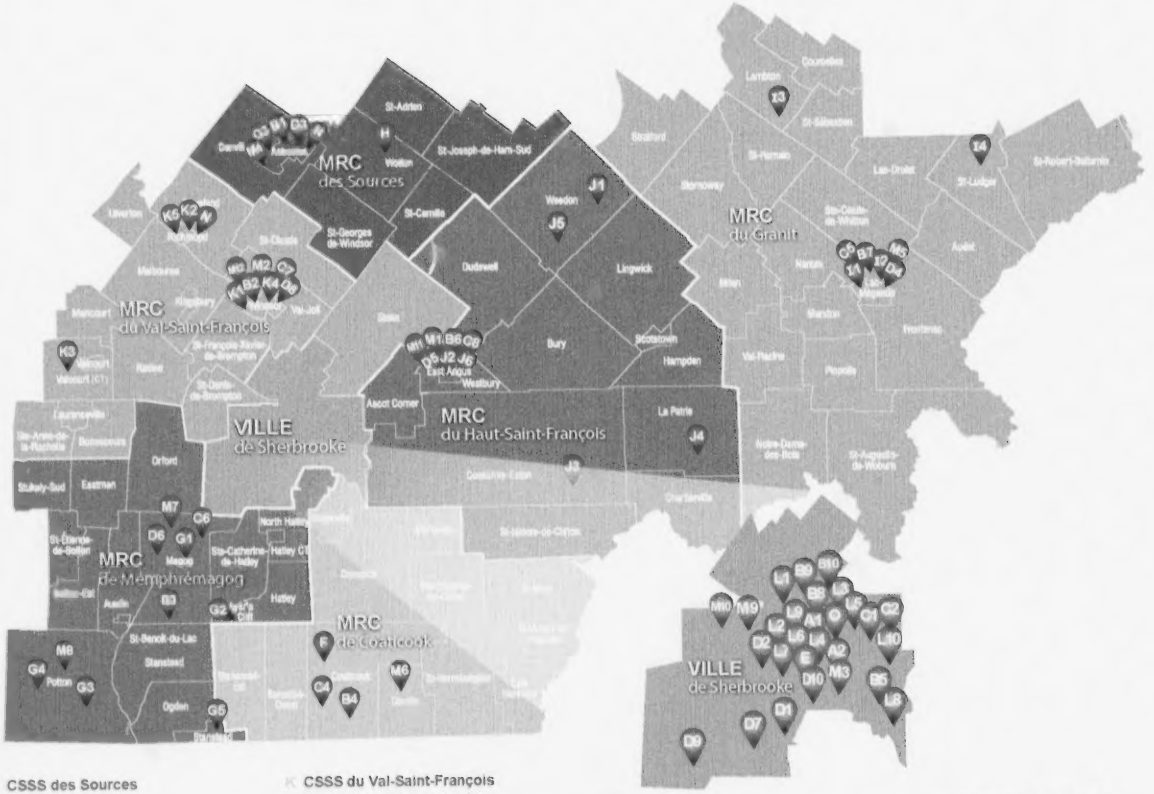
Par ailleurs, l'Estrie se démarque toujours négativement du Québec au chapitre des traumatismes non intentionnels et de l'incidence de certaines maladies infectieuses. De fait, une plus forte proportion d'Estriennes et d'Estriens sont hospitalisés pour des chutes accidentelles et des accidents de la route. Également, une plus forte proportion d'Estriennes et d'Estriens décèdent à la suite d'un accident de la route. Enfin, certaines maladies infectieuses sont plus incidentes en Estrie qu'au Québec, telles que la chlamydiose.

1.2.2. ÉTABLISSEMENTS

Au 31 mars 2013, la population estrienne était desservie par quinze établissements, répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

CHU	**1**
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)[1]	
CSSS	**7**
CSSS de la MRC-de-Coaticook	
CSSS du Granit	
CSSS du Haut-Saint-François	
CSSS-IUGS [2]	
CSSS de Memphrémagog	
CSSS des Sources	
CSSS du Val-Saint-François	
CR	**4**
Centre jeunesse de l'Estrie (protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les	
Centre d'accueil Dixville (déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement)	
Centre de réadaptation Estrie (déficience physique) (Centre affilié universitaire)	
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique)	
CHSLD PRIVÉS	**3**
Maison Rose Blanche	
CHSLD Wales	
CHSLD Vigi Shermont	
TOTAL	**15**

[1] Le CHUS a un mandat suprarégional en cardiologie, en neurochirurgie, en oncologie médicale, en oncologie chirurgicale et en néonatalogie.
[2] Le CSSS-IUGS a un mandat suprarégional pour les services spécialisés en gériatrie : l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), la gérontopsychiatrie et les cliniques ambulatoires gériatriques.



A **CHUS**
1 HÔPITAL FLEURIMONT
2 HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

B **Centre de réadaptation Estrie inc.**
1 ATELIER L'ÉTINCELLE
2 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
3 SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE MEMPHRÉMAGOG
4 SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE COATICOOK
5 CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE
6 SERVICES EXTERNES D'EAST ANGUS
7 ATELIER LE SEPT DE TRÈFLE
8 CENTRE LE TOURET
9 RESSOURCE L'ENVOLÉE
10 SERVICE D'AIDES TECHNIQUES BELVÉDÈRE

C **Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie**
1 LE CENTRE JEAN-PATRICE-CHIASSON
2 MAISON SAINT-GEORGES
3 POINT DE SERVICE D'ASBESTOS
4 POINT DE SERVICE DE COATICOOK
5 POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC
6 POINT DE SERVICE DE MAGOG
7 POINT DE SERVICE DE WINDSOR
8 POINT DE SERVICE D'EAST ANGUS

D **Centre jeunesse de l'Estrie**
1 CENTRE DE CRISE L'ACCALMIE
2 FOYER DE GROUPE KELLY
3 POINT DE SERVICE ASBESTOS
4 POINT DE SERVICE GRANIT
5 POINT DE SERVICE HAUT-SAINT-FRANÇOIS
6 POINT DE SERVICE MEMPHRÉMAGOG-COATICOOK
7 POINT DE SERVICE SHERBROOKE
8 POINT DE SERVICE VAL-SAINT-FRANÇOIS
9 POINT DE SERVICE VAL-DU-LAC
10 VILLA MARIE-CLAIRE

E **CHSLD Vigi Shermont**

F **CSSS de la MRC-de-Coaticook**

G **CSSS de Memphrémagog**
1 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG
2 CENTRE DE JOUR D'AYER'S CLIFF
3 CENTRE DE JOUR DE POTTON
4 POINT DE SERVICE DE POTTON
5 POINT DE SERVICE DE STANSTEAD

H **CSSS des Sources**

I **CSSS du Granit**
1 CSSS DU GRANIT
2 POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC
3 POINT DE SERVICE DE LAMBTON
4 POINT DE SERVICE DE SAINT-LUDGER

J **CSSS du Haut-Saint-François**
1 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WEEDON
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT D'EAST ANGUS
3 CLSC DE COOKSHIRE
4 CLSC DE LA PATRIE
5 CLSC DE WEEDON
6 CLSC D'EAST ANGUS

K **CSSS du Val-Saint-François**
1 CENTRE DE JOUR LE BEL ÂGE
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE RICHMOND
3 CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VALCOURT
4 CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR
5 CLSC DE RICHMOND

L **CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke**
1 CENTRE DE MATERNITÉ DE L'ESTRIE
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH
3 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT
4 CLSC CAMIRAND
5 CLSC KING EST
6 CLSC KING OUEST
7 CLSC MURRAY
8 CLSC SPEID
9 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLL
10 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'YOUVILLE

M **Centre d'accueil Dixville inc.**
1 ATELIER DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
2 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
3 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR SHERBROOKE - PROSPECT
4 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR D'ASBESTOS
5 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU GRANIT
6 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DIXVILLE
7 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MAGOG
8 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MANSONVILLE
9 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - FAIRMOUNT
10 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - QUEEN
11 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
12 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU VAL-SAINT-FRANÇOIS

N **CHSLD Wales Inc.**

O **Maison Rose Blanche**

Note : Les points de repère sont positionnés à titre indicatif.

1.2.3. AFFAIRES CORPORATIVES

Au cours de l'année 2012-2013, trois établissements du RSSS de l'Estrie ont été impliqués dans des modifications à leur acte constitutif.

Le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges (CJPC/MSG) a effectué une modification simple à son acte constitutif. Une modification simple n'affecte que l'établissement visé et peut affecter divers champs de fonctionnement déterminant la capacité juridique de la personne morale, tels qu'un changement de nom (dénomination sociale), de mission (objets généraux ou autres pouvoirs), chez les administrateurs ou dans leur nombre, dans certains pouvoirs particuliers accordés aux administrateurs, dans la valeur des immeubles, etc.

Ainsi, dans le cas du CJPC/MSG, l'établissement a changé sa dénomination sociale pour « Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie» (CRDE).

Pour leur part, la Villa Marie-Claire (VMC) et le Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) ont réalisé une modification complexe à leur acte constitutif. Une cession partielle d'activités s'est opérée entre ces deux établissements. La VMC (cédant) a convenu avec le CJE (cessionnaire) de lui céder une partie des activités qu'elle exploitait et qui étaient inscrites à son permis. Ainsi, la VMC a cédé ses activités en lien avec sa mission de CR pour les mères en difficulté d'adaptation au CJE, soit les services externes, le centre de jour et les quinze places en unité de vie. Étant donné que la VMC était un établissement privé conventionné du réseau estrien et que par cette cession partielle d'activités, l'établissement transférait l'ensemble des activités pour lesquelles il était conventionné, la VMC n'est plus considérée comme un établissement du RSSS de l'Estrie.

Enfin, des modifications simples au permis de deux établissements se sont produites au cours de l'année. Les modifications simples n'ont pas d'impact sur l'acte constitutif de ces établissements. En effet, le CJE et le CRE ont apporté des modifications à certaines de leurs installations concernant les coordonnées et la capacité requise de ces dernières.

1.2.4. EFFECTIFS

	RÉPARTITION PAR SEXE		
	HOMME	FEMME	TOTAL
Nombre	2819	10 704	13 523
Pourcentage	21 %	79 %	100 %
Âge moyen	42	41	

RÉPARTITION PAR STATUT

	TEMPS COMPLET RÉGULIER	TEMPS COMPLET TEMPORAIRE	TEMPS PARTIEL RÉGULIER	TEMPS PARTIEL OCCASIONNEL
Nombre	7095	730	3102	2576
Pourcentage	76 % F 24 % H	79 % F 21 % H	86 % F 14 % H	80 % F 20 % H
Âge moyen	43	35	40	37

RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE

	< 25	25-34	35-44	45-54	55+
Nombre	1244	3859	2917	3357	2146
Pourcentage	9 %	29 %	21 %	25 %	16 %

RETRAITE

Nombre d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans la présente année financière	Pourcentage d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans la présente année financière	Nombre d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans cinq années financières	Pourcentage d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans cinq années financières	Moyenne d'âge de prise de retraite
1066	7,71 %	1599	11,56 %	56,51

MATERNITÉ

Nombre de maternités prévues d'ici cinq ans	Pourcentage de femmes qui pourraient partir en congé de maternité d'ici cinq ans en fonction du nombre d'employés actifs
2731	19,75 %

1.2.5. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Respect des règles et des normes

L'Agence a accordé un soutien financier de 18 004 447 $ pour l'année financière 2012-2013 à 125 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 15 058 232 $ et a été attribuée à 112 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 83,8 % du financement accordé aux organismes communautaires de la région par le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC).

Aussi, parmi les 125 organismes subventionnés, 51 d'entre eux ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques et 7 demeurent non financés pour un total de 132 organismes communautaires reconnus par le PSOC. De ce nombre, onze sont rattachés à un autre ministère que celui de la Santé et des Services sociaux, soit le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales et le ministère de la Famille et des Aînés.

Contrôle de la conformité

Considérant que les organismes bénéficient de trois mois afin de remettre l'ensemble des documents requis pour la reddition de comptes en conformité avec le document *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale* du PSOC, l'Agence a analysé, au cours de l'année 2012-2013, les renseignements suivants concernant les organismes communautaires ayant reçu un soutien financier pour l'année financière 2012-2013 :

- le rapport d'activités du dernier exercice financier complété (au 31 mars 2012 ou antérieurement);
- le rapport financier du dernier exercice financier complété (au 31 mars 2012 ou antérieurement) signé par deux administrateurs;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour et le procès-verbal (ou un extrait du procès-verbal) de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

Services rendus : les faits saillants

Les organismes communautaires œuvrent en Estrie auprès de clientèles variées qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et de leurs services pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté. Ils contribuent à réduire les impacts d'une multitude de problématiques et ainsi à améliorer la santé de la population estrienne.

Les faits marquants de l'année 2012-2013 sont :

- La signature de la convention de soutien financier 2012-2015 par 112 organismes dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes reconnus par le PSOC;
- les travaux provinciaux pour l'élaboration d'un formulaire abrégé au bénéfice des organismes signataires de la convention de soutien financier;
- l'accueil d'un organisme régional de sensibilisation, de promotion et de défense des droits à la suite d'un transfert interministériels;
- l'allocation de 2,4 % d'indexation appliquée à tous les montants versés aux organismes communautaires.

2

Enjeux PRIORITAIRES

2.1. ENJEU 1

UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES DU RÉSEAU, DONT LES GMF ET LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

Grâce à la participation assidue des établissements, des organismes communautaires, des médecins, des pharmacies communautaires et des partenaires intersectoriels aux instances de coordination régionales soutenues par l'Agence, les travaux pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services se sont poursuivis tout au cours de l'année.

Ainsi, l'année 2012-2013 a été marquée par la mise en opération :

- d'un nouveau service d'intervention de crise et de suivi intensif adapté pour les familles et les jeunes en difficulté sur tous les territoires de CSSS;
- d'une trajectoire de services pour les femmes enceintes sans médecin de famille;
- de travaux importants avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de faire reconnaître les besoins supplémentaires de la région en ce qui a trait aux effectifs médicaux en médecine de famille;
- de services supplémentaires de soutien à domicile (SAD) pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes vivant avec une déficience;
- d'ententes de collaboration entre les organismes communautaires et les CSSS afin d'augmenter les services d'intégration sociale pour la clientèle vivant avec une déficience;
- de services résidentiels novateurs dans la communauté plus adaptés aux besoins des clientèles vivant avec une DI, un TED ou une DP.

Sur le plan de la consolidation des services existants, deux places supplémentaires en soins palliatifs ont été ajoutées à la Maison Aube-Lumière. Les services de première ligne en CSSS pour les enfants à haut risque de négligence ont été complétés, la diversification des services afin d'éviter l'hébergement des personnes âgées en CHSLD s'est poursuivie (achat de places en ressources non institutionnelles (RNI), augmentation de places dans les unités transitoires de récupération fonctionnelle). Enfin, les heures d'ouverture de la clinique réseau ont été augmentées par l'ajout d'effectifs médicaux. Cette clinique offre entre autres un accès à une consultation médicale ou de soins

infirmiers pour un problème ponctuel de santé auprès de la clientèle sans médecin de famille. Au cours de l'année 2012-2013, plus de 20 000 consultations ont été réalisées, dont 67 % de la clientèle était sans médecin de famille.

En outre, des travaux visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés ont été amorcés avec la TRCDMS en collaboration avec le DRMG. Les deux spécialités ciblées sont l'orthopédie et la gastro-entérologie. L'issue de ces travaux sera connue en 2013-2014.

Un nouveau contrat à budget négocié par le MSSS a été signé entre l'Agence et les compagnies ambulancières de l'Estrie. Son application a demandé plusieurs ajustements dans l'offre des services préhospitaliers notamment au niveau des transports interhospitaliers.

La production des services chirurgicaux a augmenté de 6,3 % et les efforts se poursuivent afin de réduire les délais d'attente en chirurgie. L'augmentation de la demande, la gestion adéquate des listes d'attente et la rareté de la main-d'œuvre spécialisée dans certains domaines complexifient l'atteinte de cet objectif.

En terminant, il faut souligner que des travaux importants ont été effectués au CHUS dans le cadre du dossier provincial Optilab. Optilab est une action concertée permettant de se doter d'un réseau de laboratoires biomédicaux avec un haut niveau d'excellence. Lors de ces travaux, le CHUS s'est qualifié pour effectuer des analyses suprarégionales tout comme sept autres laboratoires au Québec. Le CHUS a obtenu jusqu'à maintenant une désignation pour effectuer 129 analyses suprarégionales, dont 29 analyses pour lesquelles il est le seul laboratoire désigné au Québec.

De plus, le CHUS a obtenu la désignation pour effectuer le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles pour l'ensemble du Québec, à la suite d'un processus d'appel d'intérêt du MSSS. Ce nouveau test sert au dépistage opportuniste du cancer colorectal.

Le CHUS a également été identifié avec l'Hôpital Charles-Lemoyne afin de produire l'analyse régionale Borrelia burgdorferi (maladie de Lyme).



M^me^ Lynda Périgny
Directrice des services, des affaires médicales et universitaires

2.1.1. ADAPTER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN FONCTION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

> OBJECTIF

Organiser les services généraux de première ligne et les services spécialisés en tenant compte des clientèles vulnérables, des personnes sans médecin de famille et des besoins émergents.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Présence d'une offre de service infirmière et médicale sans rendez-vous dans l'ensemble des territoires de l'Estrie.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Corridors formels entre les services de première ligne et les services spécialisés.	Trajectoires adoptées : - DP (première et deuxième ligne) - Santé mentale (jeunesse) - Interruptions volontaires de grossesse - Femmes enceintes DP et Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	Augmentation des corridors formalisés	Implantation de la trajectoire de services pour les femmes enceintes en février 2013 Adoption d'une entente de collaboration relative au transfert de la clientèle adulte en URFI régionale à Sherbrooke entre le CHUS, le CSSS-IUGS et le CRE

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Actuellement, il y a une offre de services infirmiers sans rendez-vous dans les sept territoires. Par ailleurs, des travaux sont en cours afin de bonifier l'accessibilité aux services généraux de première ligne pour la population.

Bien que l'offre de services médicaux est présente dans chacun des territoires, elle demeure à être consolidée ou améliorée dans certains territoires. Les effectifs médicaux en place ne permettent pas d'assurer une offre de service mur à mur.

Des travaux en cours et à venir verront à assurer cette accessibilité.

INDICATEUR 2

L'entente de collaboration relative au transfert de la clientèle adulte en URFI régionale à Sherbrooke entre le CHUS, le CSSS-IUGS et le CRE découle de la résolution du C. A. de l'Agence, lors de la séance du 27 février 2007, à l'effet de poursuivre les travaux afin d'ajuster l'offre de service des URFI aux balises nationales inscrites dans la définition de programmes-services du MSSS.

2.1.2. CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ ET UNE PLUS GRANDE CONTINUITÉ DES SERVICES

Services médicaux

> OBJECTIF

Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables et assurer la continuité entre les services de première ligne et les services spécialisés.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Mise en place d'un mécanisme d'accès aux services médicaux spécialisés en lien avec les médecins de la première ligne.	Modalité de travail convenue avec les médecins spécialistes et les médecins de première ligne	Amorçage des travaux	Travaux toujours en cours

COMMENTAIRES

Des travaux sont en cours actuellement pour améliorer l'accès dans deux spécialités médicales : gastro-entérologie et orthopédie.

Les objectifs poursuivis sont :

- augmenter le nombre de nouveaux cas vus en clinique externe;
- rendre équitable l'accès à la population;
- établir le délai d'attente raisonnable par pathologie, par symptôme;
- améliorer la pertinence des demandes de consultation;
- soutenir et faciliter la prise en charge par les médecins de famille;
- optimiser l'utilisation des cliniques externes et médicales;
- optimiser nos salles d'opération et d'endoscopie sur le territoire estrien.

Deux groupes de travail ont été mis en place : mécanismes d'accès pour la gastro-entérologie et pour l'orthopédie.

L'état de situation a été présenté au comité exécutif (décisionnel) en avril 2012.

Des recommandations ont été proposées au comité exécutif, en juin 2012, concernant l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité.

Faisant suite aux différents chantiers identifiés par les groupes de travail, le mécanisme d'accès sera établi graduellement au cours des prochains mois.

> OBJECTIF

Assurer l'accès aux services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale :

- Poursuivre les démarches afin que l'ensemble de la population de l'Estrie ait accès à des services de première ligne en santé physique en fonction de son profil de besoins.
- Implanter et consolider les GMF dans chacun des territoires.
- Favoriser le développement et l'intégration de nouvelles pratiques cliniques (médecins, infirmières et infirmiers en GMF, infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) et pharmaciennes et pharmaciens communautaires).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF.	180 695*	189 500*	191 488*
2	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	67 %	70 %	70 %

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
3	Nombre total de GMF implantés.	13	14	13
4	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en GMF (ou équivalent).	69 %	50 %	73 %
5	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisés et offrant des services de première ligne.	5	10	7

* *Facteur de pondération appliqué en fonction du nombre d'accouchements et du nombre de patient suivis à domicile pour les médecins des GMF.*

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Au 31 mars 2012, le nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF était de 180 695. En date du 31 mars 2013, le nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF est de 191 488, soit une augmentation de 10 793 personnes inscrites par rapport à la fin de l'exercice précédent.

L'augmentation du nombre de personnes inscrites dans les GMF de notre région est tributaire des actions entreprises afin de favoriser le recrutement de nouveaux effectifs médicaux pratiquant en GMF et d'accroître le soutien à la pratique médicale dans ces organisations. À titre d'exemple, les actions posées sont : l'organisation de campagnes de recrutement auprès des finissantes et des finissants en médecine, l'ajout de ressources infirmières en GMF, le développement de partenariats avec les CSSS afin d'embaucher d'autres types de professionnels de la santé comme travailleuse sociale ou travailleur social ou psychologue, la mise en place de mesures incitatives pour l'inscription de la clientèle orpheline par le biais des guichets d'accès à un médecin de famille, la promotion de nouveau mode d'organisation plus performant comme l'accès adapté, l'informatisation, etc.

INDICATEUR 2

Au 31 mars 2013, les personnes inscrites auprès d'un GMF sont au nombre de 173 445 sans pondération, tandis que celles inscrites auprès de médecin de famille hors GMF s'élèvent à 45 634. Sur une population de 315 487 habitants (Institut de la statistique du Québec, 2012), le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille était donc de 70 %.

Les actions entreprises afin d'accroître le pourcentage de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille dans la région sont essentiellement les mêmes que celles réalisées afin d'augmenter le nombre de personnes inscrites en GMF. De fait, les deux indicateurs sont étroitement liés. La seule différence est que les interventions concernent alors tous les médecins travaillant en première ligne, qu'ils soient en GMF ou non. Le soutien apporté est toutefois moindre pour les médecins pratiquant hors GMF, puisqu'ils ne peuvent bénéficier des avantages liés au programme, comme l'ajout de ressources infirmières. C'est pourquoi nous nous efforçons de promouvoir le modèle GMF pour tous les médecins.

INDICATEUR 3

Le nombre de GMF est passé de treize à quatorze, le 18 avril 2013 grâce à l'ouverture du GMF Belvédère-Galt, situé sur le territoire de la Ville de Sherbrooke. Les dernières modifications effectuées au projet de convention vers la fin de l'exercice expliquent pourquoi l'accréditation de ce quatorzième GMF a eu lieu au début de 2013-2014, plutôt qu'en 2012-2013, comme prévu initialement.

INDICATEUR 4

Selon les données ministérielles, le pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC et pratiquant en GMF est de 73 %. Au 31 mars 2013, le nombre de médecins membres d'un GMF est de 226. Pour la région, le total de médecins exerçant en cabinet ou en CLSC est donc égal à 311.

La promotion soutenue du modèle GMF dans notre région explique le pourcentage relativement élevé de médecins pratiquant dans ce type d'organisation.

INDICATEUR 5

Les causes de la non-réalisation de cet objectif sont les suivantes :

- Bien que nous ayons recruté cinq IPS, trois postes n'ont pu être comblés cette année.

Malgré tout, la performance de l'Estrie, soit 80 % d'atteinte de son engagement, est supérieure à la moyenne provinciale qui est de 47,4 %, ce qui la positionne au quatrième rang de treize régions.

> OBJECTIF

Assurer la prestation des soins et des services de santé et des services sociaux, en réduisant les listes et les délais d'attente dans les secteurs priorisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Délai moyen d'attente pour l'ensemble des services convenus de suivre dans l'entente de gestion.	Selon le programme-services	Selon le programme-services	Selon le programme-services
2	Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale.	68,8 %	100 %	44,4 %
3	Proportion des examens en imagerie médicale lus dans un délai de 7 jours ou moins.	n. d.	100 %	87,7 %
4	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie.	79,8 %	100 %	93 %
5	Proportion des rapports en imagerie médicale transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins.	83,4 %	100 %	78,4 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Voir le tableau de bord sur l'accessibilité des soins et services sur le site Web de l'Agence pour obtenir l'ensemble des résultats.

INDICATEUR 2

Principalement au CHUS, la demande de service est plus grande que l'offre. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces délais : manque d'effectifs médicaux, de technologues et de soutien financier afin de soutenir l'utilisation de certains équipements. Des travaux en cours et d'autres à venir nous portent à croire que les délais d'attente seront diminués.

INDICATEUR 3

Il y a quatre postes vacants en radiologie au *Plan des effectifs médicaux* du CHUS. De plus, il y a présence de radiologistes à temps partiel dans les CSSS des Sources, de la MRC-de-Coaticook et du Granit. Un plan d'action est en cours d'élaboration afin d'assurer la couverture de ces postes, le plus rapidement possible.

INDICATEUR 4

En ajout au commentaire de l'indicateur 3, la région n'a pas de technologue autonome en échographie. Il semble y avoir peu d'intérêt des technologues à obtenir l'attestation leur permettant de travailler sans la présence d'un radiologiste dans la salle d'examen. Des démarches sont en cours afin de favoriser et sensibiliser les technologues à cette pratique.

INDICATEUR 5

La diminution notée de la performance est principalement causée par le délai entre la transcription des rapports d'examens et la signature des rapports par les radiologistes.

Services généraux

> OBJECTIF

Favoriser l'accès aux services de santé courants par l'intégration de nouvelles pratiques au niveau des services infirmiers généraux et médicaux de première ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'ordonnances collectives signées avec les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).	350	Suivi	440

COMMENTAIRES

Le nombre d'ordonnances collectives signées avec les CMDP est établi à 440, dont 370 se retrouvent regroupées sur le site Internet de l'Agence et 70 se retrouvent sur le site Internet du CSSS-IUGS.

L'implication des équipes médicales ainsi que l'intérêt marqué à mettre en application de nouvelles ordonnances collectives sont de plus en plus présents. Ceux-ci sont des leviers importants au développement et au déploiement des ordonnances collectives en première ligne notamment en GMF, en cliniques privées et en CSSS.

> OBJECTIF

Améliorer l'accessibilité au service téléphonique Info-Santé.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins.	83,4 %	80 %	85,1 %

COMMENTAIRES

La proportion des appels répondus dans un délai de quatre minutes ou moins s'est amélioré. La cible du MSSS est de 90 % d'ici 2015.

Il y a eu une amélioration dans la gestion des appels. Des efforts ont été déployés afin d'assurer une meilleure réponse. Enfin, les équipes des effectifs en place semblent davantage stables.

> OBJECTIF

Consolider les guichets d'accès pour la prise en charge des clientèles vulnérables sans médecin de famille.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Déploiement d'un guichet d'accès aux services médicaux de première ligne sur l'ensemble des territoires de l'Estrie.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Nombre de personnes en attente.	13 893	Diminution	13 595

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Déploiement terminé.

INDICATEUR 2

En date du 31 mars 2012, le nombre de personnes en attente aux guichets d'accès à un médecin de famille était de 13 893. En date du 31 mars 2013, le nombre de personnes en attente est de 13 595, soit une baisse modérée de 298 par rapport à la fin de l'exercice précédent.

Cette légère baisse s'explique en partie par les mesures incitatives mises en place pour l'inscription de la clientèle orpheline.

Par ailleurs, depuis la mise en place des guichets, soit depuis trois ans, plusieurs milliers de personnes se sont vu attribuer un médecin de famille, dont plus de 13 000 personnes pour le territoire de la Ville de Sherbrooke.

Maladies chroniques

> OBJECTIF

Poursuivre, dans tous les territoires de l'Estrie, la mise en place du programme de gestion des maladies chroniques, des clientèles en insuffisance cardiaque, en réadaptation cardiaque et en diabète.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre d'usagères et d'usagers suivis au programme de gestion des maladies chroniques.	1 935	1 848	2 033
2	Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation.	Reporté en 2012-2013	100 %	100 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Augmentation de 4,8% d'usagères et d'usagers suivis dans un programme de gestion des maladies chroniques (clientèles en insuffisance cardiaque, en réadaptation cardiaque et en diabète) en Estrie, pour l'année 2012-2013.

Augmentation de l'accessibilité au programme, meilleure gestion des groupes, meilleure connaissance des programmes en première ligne.

INDICATEUR 2

Toutes les MRC ont mis en place un programme d'autogestion et de réadaptation dans leur territoire.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

> OBJECTIF

Augmenter l'accès aux services de soutien à domicile, aux alternatives à l'hébergement et aux services médicaux.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC).	186 316	Suivi	307 586

COMMENTAIRE

La cible est atteinte par la révision de certains processus cliniques et administratifs permettant aux intervenants en SAD de longue durée d'être davantage en interventions directes auprès de la clientèle. L'ajout de ressources humaines et l'achat de services ont contribué à l'atteinte de l'engagement.

> OBJECTIF

Compléter l'implantation des réseaux intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

- Mécanisme d'accès et de coordination des services de santé et des services sociaux.
- Gestionnaire de cas.
- Système d'évaluation des besoins des personnes âgées.
- Système de communication entre les intervenants et les intervenantes.
- Plan de services pour les personnes âgées.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans les réseaux de services.	75,33 %	75 %	82,8 %
2	Mécanisme en place dans tous les territoires de l'Estrie (guichet d'accès)	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
3	Nombre d'ETC gestionnaires de cas.	56,3	62	62,8

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
4	Nombre d'usagères et d'usagers recevant les services d'un gestionnaire de cas par les CSSS.	2 929	3 281	3 343
5	Proportion d'usagères et d'usagers pour lesquels un formulaire d'évaluation de l'autonomie (OEMC) a été rempli.	44,2 %	46,6 %	47,3 %
6	Pourcentage d'usagères et d'usagers suivis en gestion de cas inscrit dans RSIPA (dossier informatisé).	n.d.	100 %	n.d.
7	Pourcentage d'usagères et d'usagers suivis en gestion de cas ayant fait l'objet d'un plan de services individualisés (PSI).	16,6 %	100 %	18 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Sept des neuf composantes ont un degré de déploiement de plus de 80 %.

INDICATEUR 2

Le guichet unique par CSSS est en place depuis plusieurs années.

INDICATEUR 3

L'atteinte de la cible correspond à l'ajout de ressources humaines comme prévu dans le cadre du déploiement du *Plan régional de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*.

INDICATEUR 4

L'engagement a été atteint compte tenu de l'ajout de ressources humaines dans la fonction de gestionnaires de cas comme planifié dans le *Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013*.

INDICATEUR 5

Les intervenants et les intervenantes des établissements ont mis un effort à remplir ou à mettre à jour l'outil pour près d'un usager sur deux. L'Estrie a le deuxième meilleur résultat de la province, la donnée provinciale se situant à 29,4 %.

INDICATEUR 6

Nous sommes en attente de la possibilité, dans l'application informatique RSIPA, de générer un rapport en ce sens.

INDICATEUR 7

Composante à travailler auprès des intervenants et des intervenantes en coordination de services avec les partenaires du RLS. Un suivi doit être effectué afin d'augmenter la production de PSI et leur inscription dans le système I-CLSC. En 2012-2013, on note néanmoins une augmentation du nombre absolu de PSI, 602 comparativement à 485 en 2011-2012.

> OBJECTIF

Implanter l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage des centres hospitaliers (CH) ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée.	n. d.	50 %	n. d.

COMMENTAIRE

Entre les deux complétions de la grille au cours de 2012-2013, les cinq établissements concernés par l'approche adaptée à la personne âgée ont davantage planifié et implanté des activités. Des efforts pour tenir des activités de formation sur l'outil AINÉES et la prévention du syndrome d'immobilisation sont envisagés.

> OBJECTIF

S'assurer de bien adapter les services de santé et les services sociaux en CHSLD aux besoins des clients : Soins et assistance en milieu de vie.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD.	3,43	3,35	3,48
2	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.	0,28	0,27	0,29

COMMENTAIRE

INDICATEURS 1 ET 2

L'intensification des heures travaillées provient de l'ajout de ressources humaines à la suite du développement budgétaire en 2011-2013.

Déficience physique

> OBJECTIF

Améliorer l'offre de service de première ligne.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement.	CSSS : 1 770 CR : 3 450	CSSS : 2 018 CR : 3 400	CSSS : 1 980 CR : 3 454
2	Taux de desserte en déficience physique.	13,9 %	14 %	15,5 %
3	Nombre d'usagers et d'usagères ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit gardiennage, dépannage) par allocation directe.	397	408	384
4	Nombre moyen d'heures de services allouées pour des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités sur la base du Plan d'intervention.	178,4	178,3	n. d.
5	Nombre moyen d'heures de services professionnels en SAD reçues par les personnes ayant une déficience physique.	7,6	7,21	n. d.
6	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services professionnels de SAD dispensés par les CSSS (mission CLSC).	1 346	1 187	1 626
7	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	155 141	155 275	166 757
8	Nombre d'usagers et d'usagères présentant une déficience physique dont la famille est en attente pour les mesures de soutien aux familles et aux proches aidants.	23	Suivi	12

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le nombre d'usagers et d'usagères recevant des services en établissements CSSS et CR en DP a considérablement augmenté et se situe bien au-dessus des engagements prévus en 2012-2013. Cet indicateur nous permet de conclure qu'il y a une meilleure accessibilité de services en région et que les établissements font les efforts nécessaires pour rejoindre leur clientèle.

INDICATEUR 2

Le taux de desserte à la hausse en DP témoigne de l'amélioration de l'offre de service.

L'allocation budgétaire (développement) reçue en 2012-2013 a permis à l'ensemble des CSSS d'ajouter des ressources humaines, donc de répondre à plus d'usagers et d'usagères.

INDICATEUR 3

Le résultat atteint pour l'année 2012-2013 ne respecte pas les engagements. En contrepartie, le nombre de familles en attente a diminué de moitié.

INDICATEUR 4

Cet indicateur n'est plus suivi par le MSSS ni par la région. Aucun résultat n'est disponible.

INDICATEUR 5

Cet indicateur n'est plus suivi par le MSSS ni par la région. Il a été remplacé par l'indicateur 1.03.05.01.02 : Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - Mission CLSC) pour la clientèle DP (voir indicateur 7).

INDICATEUR 6

La cible est atteinte. De plus, 82 % des personnes recevant des services des CSSS ont obtenu des services professionnels de SAD comparativement à 76 % l'année précédente.

L'allocation budgétaire (développement) reçue en 2012-2013 a permis à l'ensemble des CSSS d'ajouter des ressources humaines, donc de répondre à plus d'usagers et d'usagères.

INDICATEUR 7

La cible est atteinte par la révision de certains processus cliniques (projets d'optimisation) et administratifs permettant aux intervenants et aux intervenantes en SAD de longue durée d'être davantage en interventions directes auprès de la clientèle. L'ajout de ressources humaines et l'achat de services ont contribué à l'atteinte de l'engagement.

Les résultats de l'Estrie, pour ce qui est de l'atteinte de l'engagement, sont excellents et permettent de se positionner au premier rang des seize régions.

INDICATEUR 8

Le nombre de familles en attente pour des mesures de soutien a diminué de moitié. Bien que le budget de développement récurrent en DI-TED-DP reçu à l'automne 2012 ciblait la clientèle TED pour les mesures de soutien aux familles, certains établissements, faute de clients TED en attente, ont pu permettre à certaines familles DP de recevoir des allocations. Également, le budget non récurrent reçu au printemps 2012 a pu permettre aux familles l'accès à des allocations de soutien aux familles.

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de réduction des délais d'attente pour accroître l'accès aux services selon les standards établis par le MSSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience en déficience physique*			
	- Toutes priorités	CSSS : 92,3 % CR : 95,8 %	90 %	CSSS : 94,1 % CR : 93,4 %
	- URGENT	100 %	90 %	100 %
	- ÉLEVÉ	CSSS : 95,2 % CR : 92,2 %	90 %	CSSS : 89,8 % CR : 91,6 %
	- MODÉRÉ	CSSS : 90 % CR : 100 %	90 %	CSSS : 95,2 % CR : 96,5 %
2	Délai moyen d'attente pour les services de SAD déficience physique offerts en CSSS.	31,7 jours (Données non ventilées)	Urgent : < 3 jours Élevé : < 33 jours Modéré : < 360 jours	Urgent : 2 jours Élevé : 15 jours Modéré : 59 jours

COMMENTAIRE

INDICATEURS 1 ET 2

Tant en établissement CSSS qu'au CRE, les engagements en regard du respect des délais définis comme standards indiquent des résultats supérieurs aux taux prévus, et ce, pour tous les niveaux de priorité. Il est entendu que les établissements poursuivront les efforts déployés à ce jour. Les CSSS et le CRE ont travaillé de concert afin d'améliorer l'accès aux services par une meilleure coordination et prise en charge des usagers et des usagères.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

> OBJECTIF

Améliorer l'accès aux services de première ligne et diversifier l'offre de service de première ligne, notamment au niveau des services socioprofessionnels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services en établissement.	CSSS : 1079 CR : 1143	CSSS : 831 CR : 1190	CSSS : 1131 CR : 1183
2	Taux de desserte en DI-TED.	16,4 %	12 %	17,2 %
3	Nombre moyen d'heures de services allouées pour des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités sur la base du Plan d'intervention. (DI)	224,7	235,9	n.d.
4	Nombre moyen d'heures de services allouées pour des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités sur la base du Plan d'intervention. (TED)	188,2	193,3	n.d.
5	Nombre moyen d'heures de services professionnels en SAD reçues par les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED.	1,7	1,66	n.d.
6	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services professionnels de SAD dispensés par les CSSS (mission CLSC).	542	602	667
7	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services. (CSSS - mission CLSC)	10 129	10 175	10 270
8	Nombre d'usagers et d'usagères présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un TED dont la famille est en attente pour des mesures de soutien aux familles et aux proches aidants.	18	Suivi	15

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
9	Transmettre à l'Agence les éléments suivants : nom de l'organisme communautaire avec lequel une entente a été conclue pour développer son offre de service aux personnes avec une DI ou un TED afin de favoriser leur intégration et leur participation sociale; partenaires impliqués; type de service développé et le nombre de places créées.	5 ententes signées entre CSSS et organismes communautaires	4/7 territoires	s. o.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tant en établissement CSSS qu'au Centre d'accueil Dixville, le nombre d'usagers et d'usagères a augmenté, ce qui témoigne des efforts des établissements pour atteindre leur population cible et également d'une meilleure accessibilité aux services.

INDICATEUR 2

Un taux de desserte à la hausse témoigne de l'augmentation de la clientèle DI-TED recevant des services en établissement. Il en est de même pour la DP.

INDICATEURS 3 ET 4

Cet indicateur n'est plus suivi par le MSSS ni par la région.

INDICATEUR 5

Cet indicateur n'est plus suivi par le MSSS ni par la région. Il a été remplacé par l'indicateur 1.03.05.01.03 : Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - Mission CLSC) pour la clientèle DI-TED (voir indicateur 7).

INDICATEUR 6

Parmi les personnes ayant reçu des services des CSSS, 59 % ont obtenu des services professionnels de SAD comparativement à 50 % l'année précédente. L'allocation budgétaire (développement) reçue en 2012-2013 a permis à l'ensemble des CSSS d'ajouter des ressources humaines, donc de répondre à plus d'usagers et d'usagères.

INDICATEUR 7

L'allocation budgétaire (développement) reçue en 2012-2013 a permis à l'ensemble des CSSS d'ajouter des ressources humaines, donc de répondre à plus d'usagers et d'usagères.

INDICATEUR 8

Le budget non récurrent reçu au printemps 2012 ainsi que le budget de développement récurrent en DI-TED-DP reçu à l'automne 2012 ont permis de diminuer le nombre de familles en attente pour des mesures de soutien aux familles et aux proches. Certaines familles se sont même vu recevoir du rehaussement d'allocation.

INDICATEUR 9

Les travaux réalisés en 2012-2013 n'avaient pas à être conclus par une signature d'ententes.

> OBJECTIF

Réduire les délais d'attente selon les standards établis par le MSSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience en DI-TED*			
	- Toutes priorités	CSSS : 86 % CR : 77,4 %	90 %	CSSS : 97,2 % CR : 71,8 %
	- URGENT	CSSS : 100 % CR : n.d.	90 %	CSSS : n.d. CR : 66,7 %
	- ÉLEVÉ	CSSS : 85,7 % CR : 67,4 %	90 %	CSSS : 100 % CR : 62,1 %
	- MODÉRÉ	CSSS : 85,4 % CR : 83,8 %	90 %	CSSS : 96,8 % CR : 75,4 %
2	Délai moyen d'attente pour les services de SAD DI-TED offerts en CSSS.	45,9 jours (Données non ventilées)	Urgent : < 3 jours Élevé : < 33 jours Modéré : < 360 jours	Urgent : Aucune demande Élevé :10 jours Modéré : 77 jours

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'ensemble des établissements CSSS respectent leurs engagements concernant le respect des délais pour la prise en charge des nouveaux dossiers DI-TED. Pour 2013-2014, les efforts doivent se poursuivre.

Quant au Centre d'accueil Dixville, nous constatons une difficulté dans l'atteinte des taux de respect. Une réorganisation des services a débuté en 2012-2013 pour lesquels les effets ne sont pas encore réalisés. L'établissement s'est engagé auprès de l'Agence à mettre des mesures en place.

Les mesures envisagées sont :

- la réorganisation de la gestion de liste d'attente;
- un aide-mémoire élaboré pour l'application du cadre de référence afin d'uniformiser les pratiques;
- deux personnes dédiées à la saisie dans SIPAD pour augmenter l'intégrité des données et déceler les erreurs dans la liste d'attente;
- une réorganisation des charges de cas pour la clientèle ne présentant pas de besoin spécialisé (usagers et usagères nécessitant de la vigilance en ressources de type familial [RTF]), permettant ainsi de réduire les délais de prise en charge des clients en attente;
- l'évaluation, par le Centre d'accueil Dixville, de la possibilité de gérer les attentes autrement, en matière de répit.

INDICATEUR 2

C'est la première année que la donnée est ventilée. Nous attendons le résultat de l'année prochaine pour permettre une comparaison.

> OBJECTIF

Poursuivre les travaux sur la hiérarchisation des services entre la première ligne et la deuxième ligne de services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Lignes directrices adoptées.	Lignes directrices adoptées	Adoption (juin 2012)	Mise en œuvre des travaux (en cours)

COMMENTAIRES

Les lignes directrices sont adoptées et les établissements sont mobilisés pour la mise en oeuvre.

Jeunes en difficultés

> OBJECTIF

Bonifier l'offre de service de première ligne et de services spécialisés :

- Pour les CSSS et le Centre jeunesse de l'Estrie, implanter le programme régional *Réseau Parent'Aise*.
- Spécifiquement pour les CSSS, déployer un programme d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu (Programme crise-ado-famille-enfance [CAFE]).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert (Programme *Réseau Parent'Aise*).	100 %	100 %	100 %

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
2	Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en Protection de la jeunesse.	n.d.	Diminution	8 %
3	Durée moyenne de placement.	n.d.	Diminution	n.d.
4	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert.	0 % (en implantation)	50 % du territoire couvert en Estrie	100 %
5	Nombre d'usagères et d'usagers de moins de 18 ans inscrits dans les CSSS au programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (de type CAFE).	2	Suivi	52

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Un investissement de 324 192 $ a été consenti à la région par le MSSS pour le déploiement d'un programme d'intervention en négligence. Un comité de suivi a été mis en place en 2011 afin de soutenir le déploiement et l'implantation de ce service.

À titre informatif, un total de 1 084 usagères et usagers ont été rejoints, ce qui témoigne de la pertinence de ce service :

- 289 enfants de 0 à 5 ans;
- 246 enfants de 6 à 12 ans;
- 549 adultes.

INDICATEURS 2 ET 3

Aucun engagement avec le MSSS pour 2012-2013. Ces indicateurs ne font plus l'objet d'un suivi au plan provincial depuis 2011-2012. Ils font cependant l'objet d'un suivi régional plus global par le biais de l'attente administrative visant à recenser les actions pour intervenir de façon concertée.

INDICATEUR 4

Un investissement annuel de 200 000 $ a été consenti par l'Agence pour le déploiement d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Un comité de suivi a été mis en place en 2012 afin de soutenir le déploiement et l'implantation de ce service. Le déploiement de ce service s'est fait graduellement d'un CSSS à l'autre entre le 1er octobre 2012 et le 28 janvier 2013.

INDICATEUR 5

Considérant que le service est officiellement déployé dans tous les territoires de CSSS depuis le 28 janvier 2013, les résultats obtenus sont très satisfaisants. À noter que ce résultat ne comptabilise pas les références que CAFE fait vers les accueils psychosociaux des CSSS. Ce service a aussi permis de desservir 55 adultes. L'augmentation considérable du nombre d'usagers et d'usagères est directement liée au fait que le service est maintenant disponible dans tous les territoires et que des actions (sensibilisation des corps policiers, conférence de presse, etc.) ont été entreprises afin de faire connaître ce nouveau service auprès de la population.

Dépendances

> OBJECTIF

Améliorer l'accès aux services de première ligne et diversifier l'offre de service de première ligne, notamment au regard des services socioprofessionnels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS.	323	313	546
2	Nombre de jeunes de moins de 18 ans auxquels est administré l'outil DEP-ADO.	33	Suivi	34
3	Nombre d'adultes de 18 ans ou plus ayant bénéficié d'une intervention brève, éducative et préventive concernant l'alcool incluant Alcochoix + et l'outil DEBA A/D.	629	714	510

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les résultats obtenus sont très satisfaisants d'autant plus qu'il y a eu une augmentation progressive pour l'ensemble des CSSS. De plus, les résultats de l'Estrie se situent au troisième rang sur onze régions.

Les CSSS ont amélioré leur codification des usagères et des usagers dans I-CLSC (harmoniser les pratiques) et un chargé de projet a été ajouté pour soutenir les équipes dans le repérage et augmenter le taux de pénétration.

INDICATEUR 2

Le nombre de jeunes peut apparaître faible, mais l'investigation de la consommation d'alcool ou de drogues d'un jeune est effectuée surtout en milieu scolaire (des problèmes d'absentéisme ou de comportement émergent) ou en centre jeunesse.

INDICATEUR 3

En 2012-2013, les formations se sont poursuivies sur les outils de détection, la première ligne Dépendances et les techniques de motivation au changement. Tous les territoires auront une intervenante ou un intervenant formé sur Alcochoix + d'ici la mi-mai 2013. L'implantation des services se poursuit. Les ralentissements observés s'expliquent par des situations ponctuelles comme un changement d'intervenant-pivot Dépendances ou de gestionnaire.

> OBJECTIF

Augmenter l'accessibilité aux services spécialisés, notamment de la clientèle dépendante avec problème en santé mentale.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Proportion d'usagers et d'usagères admis en désintoxication au CJPC/MSG à la suite d'une décision de l'infirmier ou de l'infirmière de liaison.	14,8 %	18 %	10,7 %
2	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins.	72,6 %	55 %	70,6 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le CRDE a revu sa programmation et son organisation de services en 2012-2013. Ces travaux ont ralenti les activités.

INDICATEUR 2

La nouvelle programmation a permis de réduire les délais.

Santé mentale

> OBJECTIF

Augmenter les services de soutien d'intensité variable dans la communauté (CSSS).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans ou plus mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services.	220,6	421	186,6

COMMENTAIRE

L'engagement n'a pas été atteint compte tenu de la réorganisation du travail dans les équipes en santé mentale de première ligne. Toutefois, le délai moyen d'attente pour les services de soutien d'intensité variable en santé mentale s'est amélioré passant de 26,2 jours au 31 mars 2012 à 20,9 jours au 31 mars 2013 alors que la cible attendue était de 30 jours.

> OBJECTIF

Diminuer les délais d'attente à l'urgence psychiatrique et à l'accès aux services de première ligne et aux services spécialisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage d'usagers et d'usagères dont les services spécifiques de santé mentale de première ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours.	n. d.	90 %	n. d.
2	Pourcentage d'usagers et d'usagères dont les services spécialisés de santé mentale de deuxième et troisième lignes ont débuté à l'intérieur de 60 jours (CHUS pour l'Estrie).	n. d.	90 %	n. d.

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
3	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	23,8	18	22,2
4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	14,2 %	0 %	13,2 %

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

Les données ne sont pas disponibles, car l'indicateur a été retiré par le MSSS en cours d'année.

INDICATEUR 3 ET 4

Des travaux importants ont été faits depuis 2009 entre le CHUS, l'Agence et les différents partenaires.

La mise sur pied d'un groupe de travail TASK Force, l'élaboration et le suivi d'un plan de désengorgement, incluant les conditions propices à la diminution des durées moyennes de séjour (DMS), ont été mis de l'avant.

Amélioration constante depuis 2009-2010, pour le séjour moyen sur civière à l'urgence pour le secteur CHUS-Hôtel (santé mentale) :

- 2009-2010 : 37,3 heures
- 2010-2011 : 35,3 heures
- 2011-2012 : 28,6 heures
- 2012-2013 : 26 heures

Amélioration constante depuis 2009-2010 au niveau du pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale, pour le secteur CHUS-Hôtel-Dieu.

- 2009-2010 : 26 %
- 2010-2011 : 25,85 %
- 2011-2012 : 18,7 %
- 2012-2013 : 16,8 %

> OBJECTIF

Développer des services de suivi intensif dans le milieu pour les personnes atteintes d'un problème grave en santé mentale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans ou plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	24,1	40	38,1

COMMENTAIRE

Au cours de l'année 2012-2013, le CHUS a consolidé son équipe en soins infirmiers, notamment pour l'ajout d'une conseillère clinique financée temporairement par l'Agence. Une amélioration semble se dégager au niveau de la prise en charge. En 2013-2014, le CHUS devra compléter son équipe en soins infirmiers par l'ajout de ressources professionnelles, afin d'atteindre la cible ministérielle pour la région de l'Estrie.

> OBJECTIF

Améliorer l'arrimage et l'intégration des services pour la clientèle avec problématique de santé mentale et de dépendances.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Programmation intégrée CJPC/MSG. Déménagement MSG.	Suivi	Suivi	Suivi

COMMENTAIRE

Le CJPC et la MSG seront regroupés sur un même site avec une programmation intégrée, notamment pour les troubles concommitants en santé mentale et en dépendance.

> OBJECTIF

Consolider l'offre de service des psychiatres, pédopsychiatres et gérontopsychiatres répondants.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de CSSS ayant un psychiatre répondant pour les omnipraticiens et l'équipe de base.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Nombre de CSSS ayant un pédopsychiatre répondant.	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires

COMMENTAIRE

INDICATEURS 1 ET 2

Les CSSS ont poursuivi leur collaboration avec le CHUS afin de maintenir leur accès à un psychiatre et un pédopsychiatre.

> OBJECTIF

Développer les opportunités d'intégration socioprofessionnelle pour la clientèle en santé mentale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Allocation budgétaire pour chaque CSSS.	241 000 $ alloués aux CSSS	350 000 $ répartis par territoire de CSSS	150 000 $ alloués et la répartition n'est pas complétée

COMMENTAIRES

Le modèle de travail adoptée régionalement en insertion socioprofessionnelle est déployé dans six territoires de l'Estrie. Le septième territoire est en processus d'implantation avec ses partenaires.

Les sommes réservées pour améliorer l'insertion socioprofessionnelle des clientèles en santé mentale sont interreliées à la révision de l'offre de service résidentiel en première ligne. Ces travaux devraient se terminer en 2013-2014, et, par conséquent, l'allocation budgétaire sera complétée.

Santé physique

:: Lutte contre le cancer

> OBJECTIF

Mettre en place des équipes interdisciplinaires, notamment en première ligne pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'équipes interdisciplinaires mises en place (CSSS et CHUS).	s. o.	s. o.	0

COMMENTAIRES

Chaque CSSS a son infirmière-pivot ou infirmier-pivot (à temps partiel ou à temps complet), par contre les équipes interdisciplinaires ne sont pas complètes. L'ajout de budget de développement serait nécessaire.

Il n'y a aucune personne en attente de recevoir des services. Les CSSS répondent à la demande lorsque nécessaire.

:: Soins palliatifs

> OBJECTIF

Assurer l'accès aux soins palliatifs de fin de vie par la mise en place d'équipes interdisciplinaires en première ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'équipes mises en place.	s. o.	s. o.	s. o.

COMMENTAIRES

En 2012-2013, il y a eu 855 usagères et usagers desservis en soins palliatifs dans la région de l'Estrie, avec un nombre moyen de 26,89 interventions par personne.

Les CSSS ont répondu aux demandes de besoins des usagères et des usagers en 2012-2013.

:: Médecine et chirurgie

> OBJECTIF

Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche (6 mois).	90 %	92 %	96 %
2	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (6 mois).	86 %	90 %	91 %
3	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte (6 mois).	98 %	98 %	97 %
4	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (6 mois).	82 %	90 %	92 %
5	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (6 mois).	90 %	90 %	90 %

COMMENTAIRES

Dans l'ensemble, les cibles relatives à l'accès aux chirurgies dans un délai de six mois sont atteintes pour l'année 2012-2013. De plus, on remarque une augmentation de la production chirurgicale dans la région de 6,3 %.

L'engagement de la région était de 98 %. Toutefois la cible du Ministère est de 90 %.

> OBJECTIF

Assurer aux personnes atteintes d'un cancer un accès aux services selon le délai du MSSS : 28 jours.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage de patientes et de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours.	46 %	90 %	59,6 %
2	Proportion de patientes et de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie.	99,4 %	98 %	98,6 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le pourcentage de patientes et de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours a augmenté par rapport à l'année 2011-2012.

Les chirurgies oncologiques sont réalisées principalement au CHUS. La cible n'est pas atteinte pour 2012-2013, mais nous remarquons tout de même une augmentation du nombre de chirurgies oncologiques réalisées passant du 1452 en 2011-2012 à 2331 en 2012-2013. L'amélioration est grâce au suivi plus rigoureux de la codification des chirurgies oncologiques et à l'augmentation du nombre de chirurgies oncologiques.

Des travaux sont effectués pour améliorer l'accès aux personnes atteintes d'un cancer au Service de chirurgie.

INDICATEUR 2

Les services de radio-oncologie sont offerts au CHUS. Ceux-ci ont effectué un suivi des délais de façon rigoureuse pour respecter les cibles. Le temps supplémentaire et la réorganisation constante du Service de radio-oncologie font partie des stratégies utilisées et modulées en fonction de la clientèle à desservir afin de maintenir l'accessibilité.

:: Urgences

> OBJECTIF

Assurer le respect des standards établis par le Ministère pour la durée de séjour sur civière.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Séjour moyen sur civière (en heures).	12,4	11	12,4
2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans ou plus (en heures).	14,3	13	14,2
3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	2,4 %	2 %	2,4 %
4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans ou plus.	2,4 %	1,6 %	2,3 %
5	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière.	14 %	15 %	13,6 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le résultat est stable par rapport à l'année dernière bien que supérieur à l'engagement. Cette situation s'explique par la durée moyenne de séjour sur civière en santé mentale même si celle-ci s'est améliorée. La performance de l'Estrie est supérieure à la moyenne provinciale (17,5 heures), ce qui la positionne au cinquième rang de quinze régions.

INDICATEUR 2

Le taux de 19 % du CSSS de la MRC-de-Coaticook à la P13 2012-2013 contre 12 % en 2011-2012 vient influencer défavorablement ce résultat. Des travaux sont en cours pour corriger la situation.

INDICATEURS 3 ET 4

Le CHUS Hôtel-Dieu (Santé mentale) a diminué de 20 % son nombre de patientes et de patients ayant séjourné 48 heures et plus sur civière. Malgré cette performance, le résultat régional est stable en raison d'une mauvaise utilisation de l'urgence par un établissement. Les corrections ont été demandées par l'Agence. Encore une fois le résultat de l'Estrie est nettement supérieur à la moyenne provinciale (6,7 %) et se situe au quatrième rang de quinze régions.

INDICATEUR 5

À 13,6 %, la performance de l'Estrie est supérieure à la moyenne provinciale (24 %). Elle se situe au cinquième rang de quinze régions sociosanitaires.

Note complémentaire :

L'Estrie pour toutes les durées de séjour suivies, est toujours en-deçà de la moyenne provinciale (en pourcentage et en DMS).

Services résidentiels

> OBJECTIF

Diversifier l'offre de service résidentiel et de soutien à la personne dans son milieu de vie sur tous les territoires de l'Estrie.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de places.	1689[1]	Augmentation	1841

[1] *Une correction a été apportée sur le résultat rapporté en 2011-2012 qui était de 1954 places.*

COMMENTAIRES

SAPA : Augmentation de 116 places en 2012-2013, pour un total de 452 places RNI en opération.

DP : Augmentation de 36 places en 2012-2013, pour un total de 97 places RNI en opération.

DI-TED : Augmentation de 46 places en 2012-2013, pour un total de 604 places RNI en opération.

SM : Diminution de six places en 2012-2013, pour un total de 186 places RNI en opération.

JED : Diminution de dix-huit places en 2012-2013, pour un total de 495 places RNI en opération.

Dépendances : Diminution de dix-neuf places RNI en opération en 2012-2013 pour un total de sept RNI en opération.

Une fois les résultats de chaque région pondérés sur la population totale de celles-ci, l'Estrie se situe au troisième rang de onze régions.

L'augmentation globale de 155 places en hébergement de proximité est directement liée au budget de développement consenti pour les programmes-services SAPA, DI-TED et DP. Les établissements concernés ont donc dû mettre en place de telles ressources afin de répondre aux besoins de leur clientèle. Une table régionale de coordination RI-RTF-RNI a été créée afin de soutenir les établissements dans la mise en place de ce type de ressources d'hébergement.

2.1.3. FAVORISER L'ARRIMAGE ENTRE LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS

> OBJECTIF

Actualiser des mécanismes d'accès aux services de consultation spécialisée et aux plateaux techniques spécialisés, notamment en imagerie médicale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille.	Non réalisé (travaux amorcés : 2 spécialités priorisées)	Mise en place, au CHUS, d'un mécanisme régional d'accès spécialisé en lien avec les médecins de première ligne (hiver 2013).	Actualisation prévue d'ici la fin de 2013

COMMENTAIRES

Les travaux en cours s'arrimeront avec ceux de l'orientation *Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services.*

Deux groupes de travail ont été mis en place : mécanismes d'accès pour la gastro-entérologie et pour l'orthopédie.

Un état de situation a été présenté au comité exécutif (décisionnel) en avril 2012.

Des recommandations ont été proposées au comité exécutif, en juin 2012, concernant l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité.

Faisant suite aux différents chantiers identifiés par les groupes de travail, le mécanisme d'accès sera établi graduellement au cours des prochains mois.

> OBJECTIF

Convenir pour tous les programmes-services de mécanismes formels de référence et de rétroaction.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'ententes signées (consignées à la DSAMU).	Continu	Augmentation	Atteint (235)

COMMENTAIRES

L'objectif est atteint, car les ententes sont maintenant consignées de façon systématique. Un répertoire a été élaboré et une adjointe administrative est désignée pour effectuer la consignation. Chaque professionnel et chaque établissement ont été sensibilisés à l'effet que nous avons une obligation en ce sens. Finalement, lorsqu'un budget de développement permet la ratification d'une entente, celle-ci doit aussi être déposée à l'Agence. Les établissements du réseau conviennent de plus en plus d'ententes avec leurs partenaires.

La consignation des ententes signées permet d'effectuer un suivi rigoureux des différentes collaborations et partenariats implantés dans la région. La formalisation de ce processus permet aussi d'avoir une vue d'ensemble de l'arrimage de l'offre de service de différents établissements et des liens établis entre les différents niveaux d'intervention (première, deuxième et troisième lignes) afin d'en améliorer la fluidité.

Total des ententes consignées par programme-services :

DI-TED
6 ententes

Divers (contrat d'affiliation, entente interprogrammes, etc.) 24 ententes

Santé mentale
10 ententes

SAPA
45 ententes

Services généraux
21 ententes

DP
20 ententes

JED
25 ententes

Dépendances
1 entente

Santé physique
83 ententes

2.1.4. DÉVELOPPER UN PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ DANS LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de partenariat dans les programmes-services entre les services de première ligne, dont les organismes communautaires, et les services spécialisés et inter programmes-services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'ententes signées (consignées à la DSAMU).	Continu (16 nouvelles ententes consignées en 2011-2012, dont 12 en SAPA et 5 en DI-TED)	Augmentation	64

COMMENTAIRE

L'objectif est atteint, car les ententes sont maintenant consignées de façon systématique. Un répertoire a été élaboré et une adjointe administrative est désignée pour effectuer la consignation. Chaque professionnel et chaque établissement ont été sensibilisés à l'effet que nous avons une obligation en ce sens. Finalement, lorsqu'un budget de développement permet la ratification d'une entente, celle-ci doit aussi être déposée à l'Agence.

Total des nouvelles ententes en 2012-2013 :

DI-TED
Aucune entente

Services généraux
Aucune entente

Divers (contrat d'affiliation, entente interprogrammes, etc.) 1 entente

DP
4 ententes

Santé mentale
5 ententes

JED
25 ententes

Santé physique
30 ententes

SAPA
20 ententes

Dépendances
Aucune entente

> OBJECTIF

Travailler à l'arrimage des priorités de chaque établissement et à la prise de décision en réseau de partenaires, dont les organismes communautaires et les services médicaux (cliniques et GMF).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Rencontres des comités directeurs des programmes-services.	Réalisé	3 à 4 rencontres par année	Réalisé

COMMENTAIRE

L'ensemble des comités directeurs s'est rencontré trois ou quatre fois durant la dernière année. Chacun des comités directeurs est composé de personnes représentant les établissements, des organismes communautaires et d'autres partenaires significatifs, le tout chapeauté et sous la responsabilité d'une directrice générale ou d'un directeur général d'établissement agissant à titre de personne répondante pour ses vis-à-vis. Cette structure permet d'établir efficacement les priorités de travail, de prendre des décisions stratégiques dans l'objectif d'améliorer la qualité, l'accès ainsi que la continuité de l'offre de service et d'en assurer les suivis nécessaires.

2.1.5. ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS

> OBJECTIF

Adhérer à une vision régionale commune de la qualité des services de santé et des services sociaux, intégrant l'ensemble des mesures porteuses de la qualité.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Plan de mise en œuvre du cadre de référence régional réalisé.	Réalisé	Plan de mise en œuvre réalisé	Réalisé

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
2	Pourcentage d'atteinte des activités reliées au plan de communication.	80 %	90 %	90 %
3	Adoption par la Table régionale qualité (TRQ) d'une stratégie de promotion de la qualité en continu.	Élaboration débutée	Stratégie adoptée	Stratégie adoptée
4	Dépôt d'un plan de travail sur la satisfaction des usagers et des usagères.	s. o.	Plan déposé	Non réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 2

Le plan de communication élaboré en lien avec le *Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie* avait les objectifs suivants :

1. Poursuivre la promotion de la qualité dans le réseau.
2. Faire connaître le *Cadre de référence* et son contenu.
3. Faire en sorte que les établissements du RSSS de l'Estrie s'approprient ce cadre et s'en inspirent dans leurs travaux respectifs.
4. Promouvoir l'utilisation des outils élaborés, tant à l'échelle régionale (Modèle intégrateur) qu'au niveau locale (*Cadre de gestion intégrée de la qualité*) afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

Les outils et les moyens retenus pour rencontrer ces objectifs ont été les suivants :

- Publication dans le bulletin régional *Santé Estrie*.
- Diffusion sur le babillard régional Qualité.
- Dépôt sur les sites Web de l'Agence et des établissements.
- Envoi de courriels à un large public.
- Transmission à des partenaires d'influence (commissaire régional, ROC de l'Estrie, etc.).
- Réalisation de relations de presse.
- Transmission d'un communiqué de presse (avec actions concrètes et outils concrets).
- Élaboration d'un abrégé du *Cadre de référence*.

Au 31 mars 2013, seulement l'action en lien avec la transmission aux partenaires d'influence n'était pas encore complétée. Une présentation à l'ensemble des tables de concertation du réseau et des comités directeurs doit être réalisée. Il reste toujours deux tables de concertation à rencontrer et cinq comités directeurs sur un total de seize.

INDICATEUR 3

La TRQ a adopté un plan de communication pour mettre en œuvre sa volonté de faire la promotion de la qualité en continu afin de faire valoir les bons coups du réseau. Un groupe de travail a été mis sur pied avec le mandat suivant :

- Favoriser, auprès de la population estrienne, une perception positive et durable de la qualité des soins et des services offerts.
- Implanter une culture de qualité partagée par l'ensemble des acteurs du réseau estrien.
- Réagir et intervenir lors de situations particulières.

Le plan de communication, définissant la stratégie retenue qui tient compte du point de vue de l'usager et de l'usagère et des membres du personnel, tout en considérant le Modèle intégrateur du *Cadre de référence sur la qualité des soins et des services en Estrie* (qualité attendue, voulue, rendue, perçue), contient deux moyens afin d'actualiser le mandat de promotion de la qualité en continu :

- *Coups de cœur qualité*
  - Infolettre composée de courts textes (300 mots) décrivant des actions concrètes du personnel ou des usagères et des usagers ayant amélioré la qualité des soins ou des services (histoires de cas).
- Colloque *qualité*
  - Demi-journée réservée à la présentation de projets *qualité* par chacun des établissements.

INDICATEUR 4

Aucun plan de travail sur la satisfaction des usagers et des usagères n'a été réalisé. Il a été convenu de recourir davantage au Forum de la population et de faire participer ses membres dans les travaux en lien avec les dossiers qualité pour obtenir le point de vue de la population. Nous chercherons à élargir cette pratique auprès de l'ensemble des directions de l'Agence afin que l'usager et l'usagère soit réellement au cœur des travaux dans la région.

> OBJECTIF

Soutenir les établissements en favorisant des mécanismes de concertation et de collaboration face aux défis communs ciblés par les organismes d'agrément.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Constitution d'une boîte à outils et mécanisme de dépôt des documents sur le babillard régional Qualité utile et fonctionnel.	Débutée	Bilan du sondage d'évaluation déposé	Non réalisée
2	Dépôt d'un bilan régional en lien avec les recommandations formulées par les organismes d'agrément.	s. o.	Bilan déposé	Déposé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Aucun sondage d'évaluation n'a été produit. Cependant, les membres sont encouragés à transmettre la documentation qu'ils souhaitent partager.

L'Agence dépose, au babillard régional Qualité, les informations pertinentes aux actions structurantes de la qualité et en informe les membres.

INDICATEUR 2

Afin de permettre l'appropriation de bonnes pratiques et de normes reconnues, un groupe de travail a réalisé les étapes suivantes au cours de la dernière année :

1. Prendre connaissance des rapports bilans des organismes d'agrément et du Ministère.
2. Déterminer la manière la plus efficace d'analyser les rapports du Conseil québécois d'agrément (CQA) et d'Agrément Canada.
3. Analyser les divers rapports d'agrément.
4. Faire ressortir les points d'amélioration communs à plusieurs établissements.
5. Faire ressortir les forces des établissements.

Une fois que le groupe de travail avait pris connaissance des analyses effectuées sur les rapports d'agrément, celui-ci devait convenir de recommandations de projets à portée régionale à soumettre à la TRQ.

Une compilation de l'information contenue dans les rapports d'agrément des établissements a été effectuée. L'informationa été consignée dans des tableaux et le groupe de travail s'est rencontré afin de procéder à l'analyse des données compilées. L'analyse ayant été effectuée, un rapport a été rédigé afin d'en présenter les constats et les recommandations qui en découlent.

Quant aux suites à donner, un document synthèse sera rédigé afin de présenter les recommandations retenues ainsi que les instances concernées par celles-ci.

> OBJECTIF

S'assurer d'une prestation sécuritaire des services, afin de :

- prévenir et contrôler les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale;
- diminuer les incidents et les accidents, particulièrement les erreurs médicamenteuses;
- diminuer l'utilisation des mesures de contrôle (contention, isolement).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés présentant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis.	100 %	100 %	100 %
2	Nombre de déclaration d'incidents/accidents dans le registre national par l'établissement, dont celles reliées aux erreurs médicamenteuses.	**Semestre 1** (1er octobre au 31 mars) Médicaments : 4069 Total : 10 350 **Semestre 2** (1er avril au 30 septembre) Médicaments : 4403 Total : 11 464	Suivi	**Semestre 1** (1er octobre au 31 mars) Médicaments : 4814 Total : 12 165 **Semestre 2** (1er avril au 30 septembre) Médicaments : 4834 Total : 11 774

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
3	Nombre de déclarations ayant fait l'objet d'une divulgation à l'usager ou à l'usagère (déclarations à divulgation obligatoire).	3266/3629	100 %	3590/3722
4	Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents décrites dans le rapport annuel des établissements.	50 %	100 %	n. d.
5	Nombre de personnes participantes (md, inf., ergo, physio) ayant reçu la formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement*.	54 %	66 %	61 %
6	Mécanisme d'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers et des usagères (article 118.1 de la LSSSS) mis en place dans les établissements et décrit dans le rapport annuel des établissements.	38 %	100 %	n. d.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Pour la deuxième année consécutive, les établissements concernés de l'Estrie ont obtenu des résultats dépassant les attentes fixées par les autorités ministérielles. Ces résultats font état du travail accompli tant localement que régionalement. Pour soutenir ces efforts, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales utilise le tableau de bord régional permettant d'identifier les paramètres pouvant être améliorés en prévention et contrôle des infections nosocomiales. Cette année, elle a concentré ses efforts en particulier sur les outils de formation continue et sur l'utilisation des différentes modalités d'audits pour maintenir et améliorer la qualité et la sécurité des services offerts.

INDICATEUR 2

La majorité des évènements survenus en Estrie suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (27,6 %) et les erreurs médicamenteuses (39,2 %) sont les évènements les plus déclarés.

INDICATEUR 3

Pour l'année 2011-2012, 94 % des évènements à divulgation obligatoire (gravité E1 à I) ont été divulgués. Nous notons une amélioration de 2 % en 2012-2013, soit un résultat de 96 %.

INDICATEUR 4

Au cours de l'année 2012-2013, les rapports annuels des établissements 2011-2012 ont fait l'objet d'une vérification puisque des informations prescrites dans la circulaire ministérielle doivent obligatoirement s'y retrouver. Un bilan des vérifications a été effectué et les résultats ont été présentés aux établissements afin de les sensibiliser à l'importance d'insérer l'information demandée par cet indicateur à leur rapport annuel respectif.

INDICATEUR 5

La cible de 66 % n'a pas été atteinte pour l'année 2012-2013. Bien que la proportion n'ait été atteinte qu'à 61 %, une légère hausse de 7 % est constatée. Une diminution est remarquée quant à la formation des médecins (passant de 24 % à 23 %) et des physiothérapeutes (passant de 48 % à 43 %). Ces diminutions ont été compensées par une amélioration de la proportion du personnel ergothérapeute, titre d'emploi ayant atteint sa cible (68 %). Une hausse a également été remarquée pour la catégorie des titres d'emploi comprenant notamment les infirmières, les infirmiers, les préposées et préposés aux bénéficiaires, les techniciennes et techniciens en réadaptation physique et nombreux autres.

INDICATEUR 6

Au cours de l'année 2012-2013, les rapports annuels des établissements 2011-2012 ont fait l'objet d'une vérification puisque des informations prescrites dans la circulaire ministérielle doivent obligatoirement s'y retrouver. Un bilan des vérifications a été effectué et les résultats ont été présentés aux établissements afin de les sensibiliser à l'importance d'insérer l'information demandée par cet indicateur à leur rapport annuel respectif.

> OBJECTIF

Délivrer un certificat de conformité à toutes les résidences pour personnes âgées de l'Estrie.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de résidences certifiées.	68 %	100 %	94,4 %

COMMENTAIRES

Au 31 mars 2013, l'Estrie comptait 108 résidences privées pour aînés regroupant plus de 6 000 unités locatives. De ce nombre, on retrouve 104 résidences certifiées et quatre résidences en suivi régulier du processus de certification.

L'année 2012-2013 a été marquée par un effort soutenu à l'accompagnement des exploitants en tolérance administrative. La nomination d'un inspecteur à la certification a permis d'augmenter la présence dans le milieu.

Les modifications apportées à la LSSSS pour resserrer le processus de certification ont eu un impact significatif. À titre d'exemple, six résidences ont été retirées du processus de certification, car elles ne répondent plus à la nouvelle définition de résidence privée pour aînés. Cette définition précise que la résidence doit offrir, outre l'hébergement, deux services et plus. Les retraits visaient surtout des coopératives d'habitation.

L'Agence a refusé de délivrer un certificat de conformité de résidence privée pour aînés pour deux exploitations de la ville de Sherbrooke. La décision de l'Agence s'appuie sur la non-conformité de certains critères obligatoires à l'obtention d'un certificat de résidence privée pour aînés et sur la date limite, fixée par le gouvernement, pour les personnes exploitantes en processus depuis plusieurs années.

Enfin, le processus de renouvellement des certificats de conformité se déroule normalement. L'Agence visite la démarche environ six mois avant l'échéance et s'assure du respect des exigences réglementaires avant la visite de conformité de l'instance indépendante chargée des visites de conformité. En 2013, 32 résidences seront rencontrées en préparation à la visite de conformité du CQA.

> OBJECTIF

S'assurer du respect des critères sociosanitaires énoncés au *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Mise en œuvre du processus d'intégration des modifications à la LSSSS pour resserrer la certification (projet de loi n° 16).	s. o.	Processus implanté	Réalisée
2	Nombre de rencontres d'information réalisées dans les territoires auprès des propriétaires de résidences pour personnes âgées.	s. o.	7 rencontres (1 rencontre par MRC)	En réalisation

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'information a été livrée par la participation régulière au Comité directeur du programme SAPA, la publication du bulletin Info-Certification et différentes présentations auprès de nos partenaires.

INDICATEUR 2

L'entrée en vigueur, le 13 mars 2013, du nouveau *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, a repoussé la tournée d'information prévue en 2012-2013.

Au 31 mars 2013, une première série de rencontres étaient planifiées d'avril à juin 2013 pour informer les personnes exploitantes de résidences, les intervenantes et les intervenants des CSSS des sept territoires estriens, les groupes communautaires dédiés aux personnes âgées, les ministères et les organismes partenaires de la certification.

> OBJECTIF

Mettre en place le processus de certification des ressources intervenant en toxicomanie et dans les autres secteurs selon la réglementation découlant du projet de loi n° 56.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de ressources certifiées selon le projet de loi n° 56.	1/13	5/13 35 % des ressources inscrites au registre au 1er janvier 2012	6/13 (46 %)

COMMENTAIRES

Au cours de l'année 2012-2013, deux ressources ont fermé leurs portes. Ces fermetures portent à treize* le nombre de ressources sur le territoire et à 586 le nombre de places disponibles.

L'année 2012-2013 marque également la mise en place d'un sous-comité d'analyse pour le traitement des dossiers de certification jugés complexes. Ce sous-comité est consultatif et est sollicité par la personne responsable de la certification lorsque le conseil d'experts du CQA s'est prononcé non favorablement à l'endroit d'une ressource.

Enfin, puisque l'Agence a la responsabilité de constituer et de tenir à jour le registre des ressources de son territoire, ces dernières ont toutes été interpellées en 2012-2013 afin de s'assurer qu'elles respectent les exigences légales en matière de cueillette d'information. À cet égard, les ressources ont été invitées à utiliser le *Formulaire de première déclaration* pour mettre à jour les informations requises.

Rappelons que ce formulaire permet d'obtenir un portrait général des ressources en Estrie (nombre de places, services offerts, etc.). Dorénavant, l'exercice sera demandé sur une base annuelle.

* En date du 31 mars 2013, il y avait quatorze ressources sur le territoire, mais deux d'entre elles (la résidence Saint-Joseph et la résidence Les Jardins de Sherbrooke) ont fait l'objet de retraits volontaires (sous-lits) durant la période visée par le présent rapport.

2.2. ENJEU 2

LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE.

Les établissements du réseau estrien se sont démarqués encore une fois cette année quant à leur innovation à déployer des mesures d'attraction et de rétention du personnel, que ce soit par la participation à des salons de l'emploi, des journées d'ambassadeurs, de jeunes explorateurs d'un jour ou par le volet 2 de la campagne de recrutement régional L'Estrie t'applaudit sous le thème Deviens un héros.

Les projets d'organisation du travail en cours, les pratiques de gestion, de soins et de services centrées sur la personne ainsi que les approches d'amélioration du climat de travail qui se préoccupent du bien-être du personnel sont des mesures porteuses donnant sens à nos organisations. Ces actions se consolideront au cours de la prochaine année pour l'ensemble des établissements.

Concernant le développement des compétences du personnel du réseau, une réflexion s'est amorcée sur le partage d'une vision commune afin de soutenir la gestion des activités de développement des compétences, le transfert des apprentissages et l'utilisation des nouvelles technologies.

Nos établissements se mobilisent activement afin que le personnel soit au rendez-vous pour assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services à la clientèle.

C'est par la richesse de leur concertation, et en collaboration avec nos partenaires dont ceux du milieu de l'éducation, qu'ils poursuivront leur inspiration afin de trouver des pratiques innovatrices pour faire face à ces grands défis.



Nathalie Léonard

Mme NATHALIE LÉONARD
Directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources financières

2.2.1. AUGMENTER LE POUVOIR D'ATTRACTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

> OBJECTIF

Valoriser le secteur de la santé et des services sociaux, de ses établissements et de ses professions et métiers.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Programme de valorisation implanté.	Un projet ambassadeur réalisé et un projet Jeunes explorateurs d'un jour réalisé	Mettre en place Projet ambassadeur et Jeunes explorateurs d'un jour	Réalisé

COMMENTAIRES

Un projet ambassadeur a eu lieu au Collège Mont Notre-Dame le 22 novembre 2012. Ceci a permis aux étudiantes du Collège de rencontrer huit ambassadeurs dans les quatre programmes suivants : éducation spécialisée, physiothérapie, nutrition et inhalothérapie.

Le projet Jeunes explorateurs d'un jour a eu lieu le 19 avril 2012 dans quatre établissements de santé et de services sociaux de Sherbrooke. Quatorze stages se sont déroulés au cours de cette journée.

> OBJECTIF

Développer une stratégie pour faire connaître le réseau estrien avec d'autres partenaires, notamment en utilisant les médias sociaux.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage d'atteinte des activités reliées au plan de communication.	Réalisé	100 %	100 %
2	Participation à des salons pour l'attraction de la main-d'œuvre.	Participation aux 2 salons programmés	Participer au salon *Boulots d'ailleurs*	Les 2 salons programmés réalisés

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le plan de communication a été réalisé comme prévu. La promotion de notre plateforme *L'Estrie t'applaudit* s'est poursuivie et le lancement du volet 2 de la campagne a eu lieu au printemps 2013. Un lancement d'une expérience Web *Deviens un héros* a été proposé aux chercheurs d'emploi.

INDICATEUR 2

Le Salon des finissantes et des finissants en santé et services sociaux a eu lieu les 9 et 10 novembre 2012. Le réseau invitait les finissantes et les finissants de quatorze programmes à venir rencontrer les établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie. Environ 160 personnes se sont présentées lors de ces journées.

Le Salon des emplois d'été a eu lieu le 28 novembre 2012. Les étudiantes et les étudiants de quatorze programmes étaient invités à rencontrer les établissements pour combler les 280 offres d'emploi d'été offertes. Deux-cent-dix-huit étudiantes et étudiants se sont présentés à ce salon.

Il a été décidé de reporter notre participation au salon *Boulots d'ailleurs*, compte tenu des nouvelles priorités dans ce secteur.

> OBJECTIF

Diversifier le bassin de main-d'œuvre potentielle.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de programmes implantés (clientèle immigrante, personnes handicapées).	s. o.	Programme pour clientèle de personnes handicapées implanté	Non réalisé

COMMENTAIRE

Il a été décidé de reporter ce dossier, compte tenu des nouvelles priorités dans ce secteur.

> OBJECTIF

Définir des stratégies de recrutement régional.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de nouvelles stratégies de recrutement mises en place.	s. o.	Mettre en place l'outil de recrutement *Humagine*	Non réalisé

COMMENTAIRE

La société *Humagine* a eu des problèmes financiers et a dû se retirer du marché. Cependant, trois vidéos présentant des métiers de la santé en pénurie ont été développées et sont disponibles aux établissements pour aider au recrutement.

> OBJECTIF

Soutenir la préparation à l'emploi.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Établir le nombre d'étudiantes et d'étudiants embauchés l'été.	Programme d'embauche pour les emplois d'été réalisé	Suivi	Réalisé
2	Nombre de stratégies reçues en établissement.	Pérennité du projet PRIMOSSS assurée	Suivi	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Un site Web permet d'optimiser la gestion de cet indicateur et d'augmenter la fiabilité des données. Son utilisation a été un succès et annonce des retombées intéressantes.

INDICATEUR 2

Une structure de pérennité de Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux (PRIMOSSS) a été mise en place. Elle est fonctionnelle et des actions concrètes en découlent.

Une table stratégique de concertation éducation, santé et services sociaux a été créée. Celle-ci a pour mandat de définir les orientations régionales conformément à la planification de main-d'œuvre des établissements de santé et services sociaux et la capacité d'accueil des établissements d'enseignement et proposer un modèle régional de gestion des stages.

Le comité régional des stages en santé et services sociaux, quant à lui, a poursuivi son mandat de coordonner l'offre et la demande de stages et d'assurer un nombre suffisant de places de stage, des trois ordres d'enseignement, du domaine de la santé et des services sociaux et de proposer des solutions de rechange lors de problèmes de places de stage.

Finalement, le comité opérationnel des stages-santé a pour mandat d'élaborer annuellement un tableau prévisionnel des besoins de places de stage, de recueillir les demandes de stages et de mettre à jour périodiquement le cycle régional de gestion des stages.

2.2.2. SOUTENIR LES PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Mettre en valeur un processus de recrutement efficace et efficient.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Confirmer à l'Agence que la structure des postes est validée et à jour, comme prévu au cadre normatif ministériel (GPMO). Confirmation dans une lettre signée par la direction générale ou le directeur général.	87,5 % (14/16)	100 % des lettres reçues	93 %
2	Soutien aux CSSS pour le recrutement des ressources nécessaires pour le développement annoncé en SAPA.	s. o.	100 % des actions déterminées réalisées	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

La majorité des établissements ont confirmé leur structure de postes selon la modalité prévue. Un seul établissement ne nous a pas envoyé la lettre comme demandée. Un suivi a été fait. Ils ont confirmé l'envoi pour début juin 2013.

INDICATEUR 2

Les établissements ont comblé leur besoin afin d'offrir le service demandé.

> OBJECTIF

Actualiser le plan de main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage des mesures réalisées.	80 % des actions de l'an 5 du *Plan PMO 2007-2012* réalisées	100 % des actions de l'an 1 du *Plan PMO 2012-2015* réalisées	Réalisé

COMMENTAIRES

L'ensemble des actions planifiées par la TRRH pour l'an 1 ont été adressées. Elles sont soit réalisées ou en cours pour être poursuivies à l'an 2 du plan comme planifié avec la TRRH.

Voici quelques actions réalisées :

- Rédaction d'un portrait régional de main-d'œuvre.
- Soutien à l'utilisation du CUBE PMO-PPE de Logibec en Estrie (présentation des statistiques et analyse des résultats) dans le but de travailler avec un système unique facilitant ainsi la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre régionale.
- Poursuite du développement du partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire face à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre.
- Poursuite du développement du partenariat avec le milieu de l'immigration en Estrie par l'intégration de personnes immigrantes comme préposées ou préposés aux bénéficiaires (PAB) (projet avec le Centre 24-Juin).
- Mise en place périodique des programmes d'actualisation en soins infirmiers, programme *Redevenir infirmière ou infirmier* (Cégep de Sherbrooke) et des programmes d'actualisation en santé, assistance et soins infirmiers (SASI).

2.2.3. ACCROÎTRE LE TAUX DE RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

> OBJECTIF

Soutenir les établissements quant aux pratiques favorisant la rétention de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de processus d'accueil et d'intégration en vigueur.	s. o.	Suivi	En cours

COMMENTAIRE

La TRRH a décidé de ne pas prioriser cet engagement pour l'année 2012-2013. Cependant, dans le cadre d'un projet d'organisation du travail avec les préposées et préposés aux bénéficiaires, un groupe d'établissements travaillera sur un programme d'accueil et d'intégration afin d'améliorer le taux de rétention de cette clientèle.

> OBJECTIF

Mettre en commun et développer des outils pour travailler à l'organisation du travail et partager les pratiques porteuses.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de projets de réorganisation du travail réalisés.	7/7	7/7	Réalisé

COMMENTAIRE

Les projets d'organisation du travail en CHSLD des sept CSSS ont été finalisés comme prévu. La dernière formation prévue au plan de formation a été réalisée et le dossier transféré au Comité directeur du programme SAPA pour suivi dans son plan d'action. De plus, de nouvelles offres de projets d'organisation du travail ont été proposées. Quatre projets ont été acceptés et ont débuté et d'autres sont en processus de qualification au sein du MSSS.

> OBJECTIF

Favoriser le développement en réseau de la transformation du travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de projets de transformation de l'organisation du travail réalisés.	2	2	2

COMMENTAIRES

Le projet interétablissements entre le CRE et le CRDITED Estrie a été réalisé avec succès. Le CRDITED Estrie a pu intégrer les concepts du projet Apollo à ses processus. Les deux établissements ont réalisé le plan d'action convenu avec l'Agence. L'activité de clôture aura lieu au MSSS le 17 juin 2013 pour partager les gains obtenus.

Les projets pour l'amélioration des conditions d'exercice des cadres des CSSS du Granit et de Memphrémagog ont été réalisés avec succès selon les échéanciers prévus. Dans le premier cas, le projet s'échelonnait sur une période de six mois se terminant en décembre 2012 et il avait comme objectif l'allègement des cadres médico-administratifs pour le personnel d'encadrement. Pour le second, il y avait tout d'abord une phase qui se terminait en décembre 2012 consistant à l'amélioration du processus de gestion des horaires de travail et, depuis décembre, il est en voie de terminer la deuxième phase sur le processus de production des horaires de travail.

> OBJECTIF

Travailler à l'organisation optimale du travail du personnel infirmier et des autres titres d'emploi en pénurie, notamment par des pratiques novatrices.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.	83 % (10/12)	100 %	100 % (12/12)

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
2	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur programme de soutien clinique – volet préceptorat.	50 % (4/8)	100 %	87,5 % (7/8)

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'ensemble des établissements a confirmé la réalisation d'au moins un projet de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.

INDICATEUR 2

La plupart des établissements ont mis en place des mesures pour se conformer au *Programme de soutien clinique – Volet préceptorat*. En 2012-2013, une démarche a été faite auprès des établissements pour connaître les sources de difficultés pour l'actualisation optimale de ce programme. Des représentations seront faites auprès du MSSS pour l'année 2013-2014 afin de modifier certains paramètres du programme qui rendent plus difficile l'actualisation du programme et l'utilisation à 100 % des sommes octroyée à leur établissement.

> OBJECTIF

Réduire de 10 % le temps travaillé en heures supplémentaires, de 25 % le recours en heures travaillées en soins infirmiers par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et de 7,1 % le ratio des heures en assurance salaire.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier.	P12 = 30 %	100 %	P12 = 30 %
2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières, les infirmiers et par l'ensemble du personnel du réseau.	P12 = 5,07 % (inf.) P12 = 2,98 % (réseau)	4,38 % (inf.) 2,58 % (réseau)	P12 = 5,55 % (inf.) P12 = 3,26 % (réseau)
3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la MOI du personnel infirmier.	P12 = 80 %	100 %	P12 = 77,5 %
4	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers.	P12 = 0,13 % (inf.) P12 = 0,37 % (inf aux.) P12 = 0,06 % (PAB) P12 = n. d. (inhalo.)	0,38 % (inf.) 0,17 % (inf. aux.) 0,01 % (PAB) 0,00 % (inhalo.)	P12 = 0,17 % (inf.) P12 = 0,17 % (inf. aux.) P12 = 0,06 % (PAB) P12 = 0,00 % (inhalo)
5	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	P12 = 5,34 %	5,12 %	P12 = 5,59 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le maintien des résultats obtenus en 2011-2012 est noté quant au nombre d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier. Cependant, un effort supplémentaire doit être fait afin d'atteindre les 100 % demandés. La pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers exerce une pression importante sur les établissements ayant la responsabilité de répondre aux besoins de leurs bénéficiaires. Le temps supplémentaire fait partie des solutions à court terme pour contrer cette pénurie. Dans ce contexte, il est difficile de réduire le temps supplémentaire.

INDICATEUR 2

Dans l'ensemble, il se paie plus de temps supplémentaire pour le personnel du réseau. La pénurie de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi crée une pression de plus en plus importante pour réussir à offrir les services à la population. De plus, l'Estrie est une des régions ayant le moins recours à la MOI à travers le Québec. La région se situe dans le milieu de peloton (8/15 et 6/15) par rapport aux autres régions du Québec.

INDICATEUR 3

Les cibles pour le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les activités cliniques sont presque toutes atteintes, sauf celles des préposées et préposés aux bénéficiaires. Notons que la région de l'Estrie est l'une des régions ayant le moins recours à la MOI à travers le Québec.

INDICATEUR 4

Quarante-et-un pour cent des heures en MOI pour le personnel infirmier sont réalisées par deux établissements privés conventionnés de la région. Malgré ce fait, la région obtient un deuxième rang sur quinze régions.

Quatre-vingt-un pour cent des heures en MOI pour les infirmières et infirmiers auxiliaires sont réalisées par deux établissements privés conventionnés de la région. L'Estrie se positionne tout de même au troisième rang sur quinze régions.

Soixante-cinq pour cent des heures en MOI pour les préposées et préposés aux bénéficiaires sont réalisées par un établissement privé conventionné de la région. L'Estrie se classe au quatrième rang de quinze régions pour ce qui est de cet indicateur.

Le contexte des établissements privés conventionnés de la région rend difficile le recrutement du personnel dans certains domaines. Ces établissements se retrouvent en compétition d'attraction avec les établissements de notre réseau ayant une offre beaucoup plus attrayante que ceux-ci. Malheureusement, le recours à la MOI devient un recours non souhaité, mais nécessaire pour offrir le service requis à leurs usagers et usagères.

INDICATEUR 5

La région n'a pas atteint sa cible. Le manque de main-d'œuvre exerce une pression sur les employés et les employées au travail, le grand nombre d'heures supplémentaires augmente la fatigue physique et mentale du personnel, le vieillissement de la main-d'œuvre augmente également les risques de maladies et la clientèle s'alourdit rendant ainsi plus difficile le travail quotidien. Ce sont des facteurs expliquant le résultat de la région.

En cours d'année, une communauté de pratique a été mise en place afin d'améliorer nos résultats. Celle-ci a le mandat de regarder les enjeux liés aux absences en assurance salaire. Malgré tout, la région a un des plus bas taux à travers le Québec, se situant au deuxième rang.

2.2.4. POSITIONNER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES AUPRÈS DES EMPLOYEURS ET DES EMPLOYÉS ET EMPLOYÉES DU SECTEUR, COMME SOURCE PRIVILÉGIÉE DE MOTIVATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Soutenir la mise en place de nouvelles pratiques et les activités en lien avec la planification de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage des agents multiplicateurs formés par CSSS (7) (équipes de soins en OT-CHSLD et gestionnaires (étape J).	s. o.	100 %	100 %

COMMENTAIRE

Cette activité de formation sur l'accompagnement et le travail d'équipe (étape J) s'inscrit dans la démarche de réorganisation du travail en CHSLD. Cette formation a outillé treize personnes (agentes multiplicatrices et agents multiplicateurs) du réseau, dont les sept CSSS et le CHUS, et l'évaluation globale de la formation se chiffre à 82 % de satisfaction.

> OBJECTIF

S'assurer de la qualité des services de développement des compétences en termes de transfert des acquis et d'atteinte des objectifs visés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre d'activités utilisant une formule renouvelée incluant les meilleures pratiques dans la programmation annuelle réseau (nouvelles stratégies, technologies et modes d'apprentissage).	n. d.	10 %	Non réalisé
2	Pourcentage des personnes formées satisfaites.	Plus de 90 %	90 %	95 %
3	Pourcentage de l'atteinte des objectifs de formation.	Plus de 90 %	90 %	94,6 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Il a été décidé de reporter ce dossier, compte tenu des nouvelles priorités dans ce secteur.

INDICATEUR 2

Des évaluations formelles des formations sont systématiquement faites et des actions sont prises si le taux de satisfaction est inférieur à 90 %. Pour l'année 2012-2013, le résultat est atteint et supérieur à l'engagement visé.

INDICATEUR 3

Des évaluations formelles de l'atteinte des objectifs sont systématiquement faites et des actions sont prises si le taux de satisfaction est inférieur à 90 %. Pour l'année 2012-2013, le résultat est atteint et supérieur à l'engagement visé.

> OBJECTIF

Mettre en œuvre un processus structuré et convenu pour la planification, la priorisation et la coordination des activités de développement des compétences réseau.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de plans régionaux de formation (PRF) adoptés par les comités directeurs régionaux.	3	5	4
2	Nombre d'activités de formation liées aux nouvelles approches et aux nouvelles pratiques dans les PRF.	s. o.	10 %	Non réalisé
3	Nombre de plans de développement des ressources humaines (PDRH) pour les organismes communautaires tenant compte des nouvelles réalités du réseau et adopté par les instances décisionnelles.	Un PDRH adopté	Un PDRH adopté	Reporté en 2013-2014
4	Bilan de mise en œuvre incluant un volet sur la coordination du processus implanté avec celui du cadre de gestion régional déposé.	s. o.	Dépôt d'un bilan via l'approche Lean Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).	Non réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

À ce jour, quatre PRF ont été adoptés par les comités directeurs concernés, soit dans les programmes-services suivants : 1) DI-TED, 2) DP, 3) JED, 4) SAPA. Dans ce contexte, l'engagement 2012-2013 est non atteint, par choix stratégique nous avons décidé de reporter le PRF en santé publique.

INDICATEUR 2

Il a été décidé de reporter ce dossier, compte tenu des nouvelles priorités dans ce secteur.

INDICATEUR 3

Cet engagement de 2012-2013 est reporté en 2013-2014.

INDICATEUR 4

Il a été décidé de reporter ce dossier, compte tenu des nouvelles priorités dans ce secteur.

2.2.5. BONIFIER LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN FONCTION DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Adapter les activités en développement des compétences en fonction des besoins du secteur de la santé et des services sociaux, de la région, des établissements.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de nouvelles cohortes mises en place (microprogrammes).	3 cohortes : - Lean - Premier cycle - Deuxième cycle	3 cohortes : - Lean - Premier cycle - Deuxième cycle	 1 0 1

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
2	Nombre de nouveaux cadres et relèves inscrits (microprogrammes).	1 cohorte de 25 personnes (microprogramme Lean – UQTR) 25 personnes aux premier et deuxième cycles	1 cohorte de 25 personnes (microprogramme Lean – UQTR) 25 personnes aux premier et deuxième cycles	UQTR : 19 Université Laval (ULAVAL) premier cycle : s. o. ULAVAL deuxième cycle : 28
3	Nombre d'activités de formation diffusées pour le développement du personnel d'encadrement.	Aucune activité réalisée	1 activité régionale spécifique aux cadres en exercice	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

En Estrie, deux cohortes ont été mises en place soit :

- UQTR-LEAN, programme court de deuxième cycle en gestion de la performance appliquée au système de la santé et des services sociaux (départ de la cohorte II – septembre 2012).
- Université Laval, programme de deuxième cycle en développement des organisations (départ du groupe douze – automne 2012).

Note : Par manque d'inscriptions, aucune cohorte dans le cadre du programme de premier cycle en gestion des organisations n'a été démarrée.

INDICATEUR 2

- UQTR LEAN : Ce programme court offre une formation spécialisée de deuxième cycle en génie industriel à des gestionnaires en exercice acquérant des connaissances et des compétences leur permettant d'appliquer la méthodologie LEAN dans leur milieu de travail. De plus, un séminaire s'est tenu le 30 novembre 2012 à l'hôtel Times de Sherbrooke où près de 100 cadres du réseau ont pu apprécier dix-neuf projets LEAN effectués dans les établissements estriens.
- Université Laval, programme de deuxième cycle : Ce programme comporte trois cheminements :
  1. Microprogramme de deuxième cycle (18 crédits),
  2. Diplôme de deuxième cycle (DESS) (18 + 12 = 30 crédits),
  3. Maîtrise (30 + 15 = 45 crédits).

Répartition des 28 personnes inscrites au deuxième cycle : neuf cadres, cinq cadres par intérim, et quatorze relèves.

INDICATEUR 3

Dans le cadre des rendez-vous du personnel d'encadrement, une activité régionale de formation a été tenue le 1er novembre 2012 et avait comme thématique, en première partie, *Semer la collaboration, récolter le partenariat!* en présence de M. Jean Poitras, Ph. D., professeur en gestion des conflits à HEC Montréal, consultant et médiateur. En deuxième partie, *La communauté stratégique : une approche collaborative d'amélioration de l'organisation du travail interétablissements* en présence de M. Mario Roy et Mme Madeleine Audet, professeurs à la Chaire d'étude en organisation du travail à l'Université de Sherbrooke. Également présente Mme Marie-Josée Massé, conseillère-facilitatrice auprès des communautés stratégiques du réseau estrien. Deux cent vingt-cinq personnes ont assisté à cette activité. En deuxième partie du rendez-vous des cadres et avec la collaboration de l'Université Laval, 96 personnes ont été diplômées, dont 79 personnes étaient présentes à l'événement.

2.2.6. DÉVELOPPER UNE IMAGE DE MARQUE ET D'EMPLOYEURS DE CHOIX DANS NOTRE RÉGION AUX YEUX DES CANDIDATS ET DES CANDIDATES, AINSI QUE DU PERSONNEL

> OBJECTIF

Promouvoir le réseau estrien et son offre de service de santé et de services sociaux.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Plan régional de promotion de la région mis en place.	Réalisé	Participation à la campagne publicitaire de Sherbrooke Ville en santé	Réalisé

COMMENTAIRE

L'ensemble des établissements sont inscrits au site Internet de *Coup de cœur Estrie* et sont impliqués dans la campagne.

> OBJECTIF

Développer un partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire place à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Structure de concertation et de gouverne en place.	Réalisée	Poursuite de la concertation mise en place	Réalisée

COMMENTAIRES

Des projets avec l'Université de Sherbrooke, le Cégep de Sherbrooke et les centres de formation professionnelle de la région sont actifs.

Voici quelques exemples :

- Des programmes pour faciliter l'intégration des personnes immigrantes dans nos établissements ont été développés avec nos partenaires.
- Un partenariat est réalisé afin d'optimiser le nombre de places de stage disponibles pour les étudiantes et les étudiants de l'Estrie.
- Des programmes d'actualisation sont proposés aux infirmières et aux infirmiers, aux infirmières et infirmiers auxiliaires et, depuis cette année, aux inhalothérapeutes dont leur droit de pratique est prescrit selon leur ordre professionnel.
- Des rencontres entre des ambassadeurs et des étudiantes et étudiants ont débuté cette année dans une école de l'Estrie.

> OBJECTIF

Soutenir la mise en œuvre des programmes pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	17 % (2/12)	20 %	33 % (4/12)

COMMENTAIRE

Un établissement a reçu l'accréditation *Planetree* au cours de l'année. Un second a reçu l'accréditation *Entreprise en Santé* en mai 2013, ce qui porte le pourcentage d'établissement accrédités à 33 %.

2.2.7. MOBILISER L'ENSEMBLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUTOUR DU RÉSEAU ESTRIEN, ET DES ENJEUX DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

> OBJECTIF

Renforcer l'implantation du secteur de la santé et des services sociaux pour faire face aux enjeux de planification de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage des établissements et l'Agence ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre.	38 %	70 %	73 % (11/15)
2	Réaliser annuellement un portrait régional de main-d'œuvre.	Réalisé	Publier le portrait régional de main-d'œuvre	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les quatre établissements qui n'ont pas fait la mise à jour de leur plan de main-d'œuvre ont planifié la production d'un premier plan au cours de l'année 2013-2014.

INDICATEUR 2

Le portrait régional de main-d'œuvre 2011-2012 est publié sur le site Internet de l'Agence depuis octobre 2012.

> OBJECTIF

Travailler en amont et en aval avec les maisons d'enseignement afin de créer un continuum de développement des compétences.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage de participation aux activités mises de l'avant par la Table estrienne de concertation formation emploi (TECFE).	100 %	100 %	s. o.

COMMENTAIRE

La TECFE est gérée par le réseau de l'éducation. Le salon des métiers pour les jeunes du secondaire ne s'est pas tenu en 2012-2013.

2.3. ENJEU 3

LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE *PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007* ET DE SA MISE À JOUR 2010

La Direction de santé publique (DSP) de l'Estrie contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales reliées à la santé. De concert avec l'adhésion de tous les acteurs-clés de tous les secteurs, nous avons la conviction qu'ensemble, nous pouvons faire une différence en faveur de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé auprès de la population de la région de l'Estrie.

Le PAR et les plans d'action locaux sont les principaux leviers pour déployer les interventions de santé publique. Les actions portent sur le développement et l'adaptation sociale des tout-petits, des jeunes, des aînés, sur les saines habitudes de vie et les maladies chroniques, sur des mesures de promotion, de présentation et de protection en maladies infectieuses, en santé environnementale et en santé au travail. L'implantation de l'ensemble des activités du PAR s'élève à 89,9 %, en atteignant ainsi, en 2012-2013, les résultats attendus de 85 %.

Cette année, la DSP de l'Estrie s'est dotée d'un positionnement stratégique pour réaffirmer l'importance de la prévention auprès des divers partenaires sectoriels et intersectoriels. Par l'offre de service en surveillance de l'état de santé, en développement des compétences, en soutien et accompagnement des milieux en promotion, en prévention et en protection de la santé, la DSP désire assumer un leadership plus visible dans la prestation des services de deuxième ligne en santé publique. Elle renforcera aussi ses alliances pour consolider sa mission universitaire et de recherche.



Irma Clapperton

Dre IRMA CLAPPERTON
Directrice de santé publique
et de l'évaluation par intérim

2.3.1. ACCENTUER LES MESURES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES DANS TOUS LES DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

> OBJECTIF

Prévenir les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale à tout âge par les actions efficaces suivantes : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, l'*Initiative des amis des bébés* (IAB), l'approche *École en santé*, le programme *Fluppy*, le soutien à la santé sexuelle des jeunes, la détection des problèmes de dépendance et de risque suicidaire.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Pourcentage moyen d'implantation des activités du *Programme national de santé publique* (PNSP).	n. d.	85 %	89,9 %
2	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) : Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivi dans les SIPPE.	80,9 %	92 %	87,1 %
3	SIPPE : Proportion de femmes enceintes rejointes par le Programme intégré 0-5 ans.	101,4 %	75 %	94,1 %
4	SIPPE : Proportion d'enfants rejoints par le Programme intégré 0-5 ans.	122,8 %	75 %	118,3 %
5	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une demande de préévaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS.	5/8	8/8	7/8

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
6	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une demande d'évaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS.	4/8	7/8	5/8
7	École en santé : Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*.	55,7 %	Suivi	67,6 %
8	Fluppy : Proportion de classes de maternelle ciblées qui appliquent le programme de développement des habiletés sociales Fluppy.	85/85	85/85	*Période 13 2012-2013 : 84/85
9	Fluppy : Nombre total d'enfants inscrits dans les classes de maternelle qui appliquent le programme Fluppy.	Période 4 2012-2013 : 1379	Suivi	*
10	Fluppy : Nombre annuel moyen d'ateliers Fluppy réalisés par classe de maternelle.	Période 13 2011-2012 : 9,9 Période 4 2012-2013 : 13,3	12 à 15	*Période 13 2012-2013 : 10,6
11	Fluppy : Nombre d'enfants participant au programme Fluppy en classe et bénéficiant du suivi intensif.	Période 13 2011-2012 : 143 Période 4 2012-2013 : 150	170	*Période 13 2012-2013 : 125
12	Fluppy : Nombre annuel moyen de visites par enfant bénéficiant d'un suivi intensif dans le cadre du programme Fluppy.	Période 13 2011-2012 : 6,0 Période 4 2012-2013 : 8,3	12 à 15	*Période 13 2012-2013 : 6,5
13	Fluppy : Proportion d'enfants bénéficiant du suivi intensif dans le cadre du programme Fluppy pour lesquels un plan d'intervention a été présenté.	Période 13 2011-2012 : 32,9 % Période 4 2012-2013 : 42 %	100 %	*Période 13 2012-2013 : 51,2 %

*Les indicateurs Fluppy sont basés sur le calendrier scolaire. Les résultats 2012-2013 fournis sont en date du 31 mars 2013. Toutefois, les résultats finaux seront connus à la fin de la période 4 de 2013-2014.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'exercice d'évaluation de l'implantation des 75 activités sur 85 du PNSP pour l'année 2012-2013 indique que notre engagement est atteint. En parallèle à l'évaluation de l'implantation faite par le MSSS, nous réalisons également un exercice d'évaluation avec les sept CSSS de l'Estrie. Ces évaluations formatives permettent de s'assurer d'une compréhension commune de la nature des activités dans chaque CSSS et d'un partage de stratégies pour améliorer l'implantation et la pérennité de ces activités. Des échanges lors du Comité directeur du programme Santé publique ont permis de partager les réussites des divers établissements, notamment sur les objets en cours d'implantation. À noter que l'Estrie dépasse l'objectif fixé par le MSSS qui est de 85 % pour 2015, et ce, depuis l'année 2010-2011. L'amélioration la plus notable se retrouve dans le domaine des saines habitudes de vie à la suite de l'adoption de la *Politique-cadre en alimentation (santé, éducation)* ainsi que le travail avec les municipalités et les milieux de travail pour favoriser les environnements favorables aux saines habitudes de vie.

INDICATEURS 2-3-4

Les SIPPE s'adressent aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils incluent :

- un suivi personnalisé débutant tôt, dès la grossesse de la mère, se poursuivant sur une base régulière, continuant pendant toute la petite enfance et abordant différents aspects de la vie des familles;
- l'intégration de l'enfant dans un milieu de garde éducatif;
- le partenariat et l'action intersectorielles, c'est-à-dire l'implication d'un ensemble de partenaires pour répondre aux besoins variés des familles et diverses formes d'aide auprès des parents (ateliers, relevailles, halte-répit, soutien à la recherche d'emploi, activités sociales).

Durant l'année 2012-2013, une clientèle nombreuse a pu bénéficier des activités et des services offerts dans le cadre des SIPPE. Ainsi, les établissements CSSS de l'Estrie et le CJE, mission Villa Marie-Claire ont rejoint :

- 544 femmes enceintes, soit 94,1 % de la clientèle ciblée, c'est-à-dire les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans et celles n'ayant pas complété leur scolarité secondaire et ayant un faible revenu familial;
- un grand nombre d'enfants âgés entre 0 et 5 ans (nombre : 1098), lequel représente 118,3 % de ceux visés;
- le nombre de femmes ayant accouché dans l'année de référence est issu de l-CLSC et n'inclut pas la clientèle suivie à la Villa Marie-Claire. Lorsque celle-ci est ajoutée, la proportion atteint 90,3 %.

Les SIPPE se poursuivront en 2013-2014. La mise en place de la nouvelle trajectoire de services pour les femmes enceintes devrait se traduire par un accès accru et plus précoce au suivi prénatal.

INDICATEURS 5 ET 6

L'implantation du programme IAB se poursuit. Un CSSS est certifié *Ami des bébés*, soit le CSSS des Sources, et l'objectif est que tous les CSSS et le CHUS obtiennent la certification *Ami des bébés*. Pour ce faire, ils doivent satisfaire aux critères de l'IAB et passer avec succès le processus d'évaluation externe, d'abord la préévaluation et ensuite l'évaluation.

En 2012-2013, un CSSS a déposé sa demande d'évaluation auprès du Comité d'agrément IAB, ce qui porte à cinq le nombre de CSSS ayant déposé cette demande, dont un ayant réussi l'évaluation et ayant été certifié, soit le CSSS des Sources.

Un seul CSSS n'a pas encore déposé sa demande de préévaluation, et ce, parce qu'il n'atteint pas le taux d'allaitement requis par le programme IAB. Quant au CHUS, il doit d'abord adopter sa politique d'allaitement.

La principale raison pour laquelle les établissements ne peuvent demander l'évaluation ou n'obtiennent pas la certification *Ami des bébés* lors de l'évaluation, est qu'ils ne sont pas en mesure d'appliquer avec succès chacune des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'Organisation mondiale de la santé et de l'UNICEF.

En 2012-2013, en vue d'améliorer l'application de certaines conditions et ainsi favoriser la réussite du processus d'évaluation externe IAB de tous les CSSS et du CHUS, la priorité a été accordée au continuum d'enseignement pré, per et postnatal en matière d'allaitement et aux liens avec la trajectoire de services pour les femmes enceintes en Estrie. À cet effet, un comité régional a élaboré le guide régional pour les parents *Accueillir bébé et bien vivre l'allaitement*, lequel a fait l'objet d'un consensus de la part de tous les CSSS et du CHUS. Ce guide est remis lors de la première visite de grossesse, avec le *Carnet de grossesse* et le *Bottin des ressources en allaitement*, et contient un outil de suivi de l'enseignement.

INDICATEUR 7

L'implantation se poursuit. La formule retenue pour implanter *École en santé* est beaucoup plus souple qu'initialement et les milieux y répondent bien.

INDICATEUR 8

Le programme Fluppy a été développé en 1990 par le Centre de Psycho-Éducation du Québec à la suite d'une recherche menée par Richard E. Tremblay (1984) sur le développement des comportements agressifs, ayant permis de mettre en lumière les trajectoires de l'agressivité et l'impact d'une intervention précoce.

Clientèle cible: Les enfants des classes de maternelle ciblées, leurs parents et leurs enseignants et enseignantes, principalement en milieu défavorisé.

Objectifs spécifique : Développer les habiletés sociales des enfants et les pratiques éducatives des parents.

Finalités poursuivies : Modifier la trajectoire développementale des enfants des classes de maternelle présentant des manifestations d'agressivité et de turbulence. Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance. Réduire le décrochage scolaire.

Concernant spécifiquement cet indicateur, l'objectif de rejoindre 85 classes de maternelle est atteint.

INDICATEUR 9

Cet indicateur mesure la clientèle de maternelle rejointe par ce programme. Lorsqu'on le compare à la population globale d'enfants de maternelle, cet indicateur démontre ainsi la pénétration du programme dans les classes de maternelle de l'Estrie. Il n'y a pas d'objectif relié à cet indicateur. Il est présent seulement à titre de suivi.

INDICATEUR 10

Cet indicateur mesure l'intensité de la composante *enfant* du programme. On s'attend à ce que douze à quinze ateliers soient réalisés entre la mi-octobre et le mois de mai de l'année scolaire en cours. La fréquence attendue est aux deux semaines. L'objectif est atteint, avec une moyenne de 13,3 ateliers par classe de maternelle.

INDICATEUR 11

L'objectif relié à cet indicateur n'a pas été atteint. Diverses raisons peuvent expliquer la situation; il est possible que la famille de l'enfant ciblé refuse le suivi intensif. De plus, en milieu rural, et compte tenu du fait que les classes de maternelle sont moins nombreuses, il est plausible qu'il n'y ait qu'un seul enfant par classe qui puisse être ciblé.

INDICATEUR 12

Cet indicateur vérifie l'intensité de l'application de la composante *familiale* du programme. Pour maintenir l'efficacité du programme, il faut une certaine intensité. Cette intensité se mesure par le nombre de visites effectuées. On s'attend à ce que douze à quinze visites soient réalisées entre le mois de novembre et le mois de juin de l'année scolaire en cours. La fréquence attendue est aux deux semaines. L'objectif relié à cet indicateur n'a pas été atteint. Diverses raisons peuvent expliquer la situation; il est possible que la famille de l'enfant ciblé abandonne le suivi en cours d'intervention ou que l'intervention se termine plus tôt que prévu pour des raisons spécifiques, ce qui peut diminuer la fréquence d'intervention.

INDICATEUR 13

Cet indicateur permet de vérifier si l'enfant fait l'objet d'un suivi structuré et planifié par le biais d'un plan d'intervention. Ce plan d'intervention permet de structurer les interventions et de les situer à l'intérieur d'un processus planifié plus global. On s'attend à ce que chaque enfant bénéficiant d'un suivi intensif ait un plan d'intervention. L'objectif relié à cet indicateur n'a pas été atteint. Comme les interventions se réalisent dans chacun des CSSS, des discussions ont eu lieu avec les gestionnaires responsables du programme pour améliorer les résultats.

INDICATEURS 11-12-13

Régionalement, la proportion d'enfants bénéficiant d'un suivi à domicile demeure stable, soit 88 % des enfants ciblés par le programme. Les visites à domicile constituent encore cette année une cible relativement difficile à atteindre. En 2011-2012, le pourcentage d'enfants ayant reçu de « 1 à 7 interventions » a légèrement augmenté, passant de 47 % l'an dernier à 49 %. Seulement 24 % des enfants suivis ont bénéficié de l'intensité prescrite, c'est-à-dire de douze à quinze rencontres, ce qui est similaire à l'an dernier. Cette stabilité indique que les stratégies, afin de rejoindre et d'intervenir auprès de la clientèle visée en fonction des conditions de réussite et d'efficacité du programme Fluppy, doivent être révisées. Parmi les 150 enfants rejoints, seulement 63 d'entre eux ont fait l'objet d'un plan d'intervention, soit 42 %. Cette réalité est préoccupante étant donné que la cible est de 100 %.

> OBJECTIF

Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie par l'implantation et la consolidation de la programmation intégrée 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, comportant des actions environnementales et éducatives.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Confirmer à l'Agence 1 à 2 actions mises en place en lien avec les priorités d'action identifiées en 2011-2012.	s. o.	Actions déposées	7/7

COMMENTAIRES

Les actions qui ont été priorisées par les établissements ont été davantage de l'ordre éducationnel, et ce, dans différents milieux (*counseling* en saines habitudes de vie, kiosque, formations). La collaboration avec les regroupements locaux de partenaires de Québec en Forme (QEF) est l'une des activités priorisée par les CSSS. Pour le volet environnemental, l'implantation de la *Politique alimentaire en établissement de santé* et les interventions autour de la cour d'école ont été identifiées comme des actions prioritaires pour ce volet.

Un financement alloué par QEF a permis à la DSP de l'Estrie d'organiser des sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie à différents intervenants, intervenantes et gestionnaires de divers secteurs (réseau de la santé, milieu municipal, milieu scolaire, centres de la petite enfance, milieux communautaire et agroalimentaire).

Il existe un consensus auprès des expertes et des experts en santé publique à l'effet que les actions visant à changer les comportements des individus ne suffisent pas. Le défi est maintenant de rendre les choix sains plus faciles à faire. Il s'agit aussi d'une stratégie s'avérant plus structurante et qui pourrait bénéficier à l'ensemble de la population, incluant les groupes vulnérables, étant normalement plus difficiles à rejoindre par des approches individuelles de prévention.

Les défis à relever, identifiés par les CSSS, afin d'optimiser le déploiement du programme sont :

- Connaître et utiliser des données sur l'état de santé de la population locale pour adapter l'offre de services préventifs en saines habitudes de vie.
- Favoriser une meilleure intégration des interventions des divers professionnels et des différents programmes-services afin de construire une offre de service s'inscrivant en complémentarité avec nos partenaires.
- Préciser et mesurer les résultats à atteindre localement et régionalement.
- Pérenniser les actions en faveur des saines habitudes de vie.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques ou facteurs de risque : problèmes buccodentaires, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques, obésité, cancer du sein.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire.	1 599	1 425	1 503
2	Taux de participation au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS).	2010-2011 (Du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011) : 66,7 %	Augmentation	2011-2012 (Du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011) : 64 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Durant l'année financière 2012-2013, en plus des nombreuses activités réalisées (dépistages, références suivis individualisés, applications de fluorure, séances éducatives) 1 581 enfants de cinq à quinze ans ont bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire en milieu scolaire. Comparativement à l'année précédente, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement a été maintenu malgré la réalisation de l'*Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire*. Une étude provinciale a été réalisée par les directions de santé publique en collaboration avec les CSSS, sous la direction de l'Institut national de santé publique (INSPQ), à la demande du MSSS.

À l'échelle nationale, la DSP de l'Estrie :

- participe activement aux travaux nationaux concernant l'élaboration des Critères d'évaluation de la qualité des agents de scellement dentaire en milieu scolaire et l'élaboration d'une formation nationale;
- collabore et réalise des travaux nécessaires à la planification et à la réalisation de l'*Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire*.

À l'échelle régionale, la DSP de l'Estrie :

- a soutenu les CSSS, conformément au PAR, dans le déploiement progressif de l'application des agents de scellement dentaire auprès de certains élèves de niveau secondaire;
- a soutenu et accompagné la Ville de Richmond et le CSSS du Val-Saint-François dans la promotion et le maintien de la fluoration des eaux de consommation de Richmond.

INDICATEUR 2

Le résultat 2011-2012 est de 64 %. Il était de 66,7 % pour le cycle de deux ans, 2010-2011. Signalons qu'une partie de la baisse du taux de participation est imputable à l'impossibilité de déclarer les mammographies de dépistage réalisées au nouveau Centre satellite de dépistage désigné du CHUS au CSSS du Granit avant sa désignation officielle (15 août 2012). De plus, il est noté une augmentation de 2,3 % du nombre total des femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme de dépistage. Cette diminution observée du taux invite à la vigilance et à promouvoir plus activement le programme.

Afin de favoriser une meilleure participation des femmes âgées de 50 à 69 ans au PQDCS, l'accent a été mis sur :

- l'accessibilité des services par la mise en place d'un nouveau centre de dépistage désigné sur le territoire du Granit. Soulignons qu'il s'agit d'un projet de démonstration basé sur un modèle novateur de centre satellite. Il s'agit du Centre satellite de dépistage désigné du CHUS au CSSS du Granit;
- la consolidation de la gamme et de la qualité des services offerts dans le cadre du PQDCS. Soulignons l'élaboration d'une offre de service de soutien psychosocial aux femmes en attente d'un diagnostic. Actuellement, dans la dernière phase d'adoption de projets, l'offre repose sur les services du Centre de coordination des services régionaux du PQDCS, puis au besoin et sur référence, sur les services sociaux du CSSS du territoire d'appartenance de la femme. En regard du suivi des examens et de la prise en charge médicale des femmes le nécessitant, un autre projet novateur se déroule par la mise en place d'une équipe d'infirmiers et d'infirmières du Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille sous la responsabilité clinique du coordonnateur médical adjoint du CSSS-IUGS. Une ordonnance collective avec son algorithme décisionnel constituent l'assise de ce nouveau service.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels : usage du réseau routier, conduite de véhicules hors route, traumatismes récréatifs et sportifs, chutes et blessures à domicile.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus en perte d'autonomie rejointe dans le cadre des services de SAD et ayant bénéficié d'une intervention pour la prévention des chutes.	5,8 %	Suivi	6,1 %

COMMENTAIRES

Environ 30 % des personnes de 65 ans ou plus chutent annuellement. Pour plusieurs, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte d'autonomie et de mobilité. Les deux programmes de prévention des chutes sont déployés sur tous les territoires. Les CSSS déploient l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) pour la clientèle SAD ayant chuté ou à haut risque de chute. Le programme P.I.E.D. est offert dans la communauté pour les aînés préoccupés par leur équilibre. En complément aux programmes de prévention des chutes, le programme *Vioactive* peut contribuer au maintien des acquis des personnes participantes ayant terminé leur programme P.I.E.D.

Afin de mieux soutenir l'intervention IMP, un comité de professionnels, composé des personnes intervenantes dédiées au programme, a été mis en place. Les principales retombées consistent en : 1) une meilleure compréhension de la saisie de données dans le I-CLSC; 2) un partage d'outils; 3) une optimisation de l'organigramme du cheminement d'un usager ou d'une usagère.

Pour la période 2012-2013, 478 personnes ont bénéficié d'une intervention dans le cadre du programme IMP, soit 69 personnes de plus que l'an dernier. Six CSSS sur sept ont atteint ou dépassé leur engagement annualisé. Ce sont 275 aînés de plus de 65 ans qui ont participé au programme P.I.E.D. offert dans la communauté par les différents partenaires.

> OBJECTIF

Réduire la transmission des maladies infectieuses évitables par la vaccination, notamment par l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 2 ans ou moins.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais.	National = 80,7 % Régional = 92,2 %	National = 85 % dans les 2 semaines Régional = 90 % dans les 30 jours	National = 85,1 % Régional = 94,8 %
2	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	National = 61 % Régional = 76,2 %	National = 85 % dans les 2 semaines Régional = 90 % dans les 30 jours	National = 64 % Régional = 82,7 %
3	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre la rougeole, rubéole, oreillons (RRO) dans les délais.	National = 60,2 % Régional = 75,4 %	National = 85 % dans les 2 semaines Régional = 90 % dans les 30 jours	National = 64,2 % Régional = 82,8 %

COMMENTAIRES

L'amélioration de l'atteinte de ces cibles passe par l'implantation des onze stratégies prévues dans le *Plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans en Estrie* (PAVE), qui fera l'objet d'une évaluation formelle par le comité de mise en œuvre réunissant les représentants des sept CSSS et la DSP.

INDICATEUR 1

La cible nationale a été atteinte à l'échelle de la région (moyenne), mais trois des sept CSSS sont en-deçà de cette cible. Tous les établissements CSSS atteignent cependant la cible régionale fixée à 90 %. Le plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans et le soutien à la mise en œuvre de ses onze stratégies représentent des actions concrètes pour viser l'atteinte des objectifs.

INDICATEUR 2

Aucun CSSS n'atteint les cibles. Cependant, les moyennes en Estrie sont en hausse, notamment pour l'indicateur régional avec 83 %, variant de 75 % à 88 % selon le CSSS. Cela nous permet de conclure aux effets positifs de la mise en œuvre du PAVE.

INDICATEUR 3

Aucun CSSS n'atteint la cible nationale. Cependant, pour la première fois, un CSSS atteint la cible régionale. Par ailleurs, les moyennes en Estrie sont en hausse, notamment pour l'indicateur régional avec 83 %, variant de 82 % à 90 % selon le CSSS. Le plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans et le soutien à la mise en œuvre de ses onze stratégies représentent des actions concrètes pour viser l'atteinte des objectifs.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Développer un plan d'action avec les partenaires régionaux pour lutter contre les ITSS en Estrie.	Première rencontre, vendredi 1er juin 2012	Plan d'action développé	Plan d'action en cours de développement
2	Nommer un répondant local ITSS et transmettre à l'Agence son nom et ses coordonnées.	s. o.	Nominations réalisées	Nominations maintenues

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le sous-comité ITSS et santé sexuelle a tenu trois rencontres en 2012-2013 (juin 2012, novembre 2012 et février 2013). Le mandat du sous-comité est de développer le PAR. Le bilan des travaux a été déposé au Comité directeur du programme Santé publique en février dernier.

Les travaux en cours ont mené à la production d'une synthèse des problématiques et des besoins en ITSS et santé sexuelle. La situation a été analysée en fonction de trois clientèles distinctes : jeunes, clientèles vulnérables socialement et population générale, et en fonction d'un continuum de prévention, dépistage et traitement. Le plan d'action devrait être terminé en 2014.

INDICATEUR 2

Les CSSS et les établissements à vocation régionale concernés ont identifié une personne représentante pour travailler au sein du sous-comité ITSS et santé sexuelle.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risque environnementaux. Les priorités sont les problèmes de santé liés aux maladies d'origine hydrique ou à la qualité de l'air intérieur et extérieur, notamment l'exposition au monoxyde de carbone, au radon, à l'herbe à poux, aux rayons ultraviolets et aux événements climatiques extrêmes.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre d'arénas visités dans le cadre du PAR permettant de prévenir les intoxications chimiques dans les arénas.	21/21	Nombre d'arénas visités/nombre d'arénas ciblés	21/21 ont été visités au printemps 2012
2	Développement d'outils et de stratégies de communication du risque en lien avec la chaleur, adaptés à la clientèle avec troubles psychotiques.	En validation. Disponible en 2012-2013	Outils développés et validés	Outils développés, validés et diffusés auprès de la clientèle ciblée
3	Nombre de municipalités impliquées dans la promotion du dépistage de l'arsenic dans les puits privés.	n. d.	Nombre de municipalités impliquées/ nombre de municipalités ciblées	89/89

COMMENTAIRES

En collaboration avec certains partenaires intersectoriels, planification et financement d'une enquête de santé environnementale auprès de 2 000 estriens, incluant un volet sur l'environnement intérieur et certains contaminants s'y trouvant. Les données de cette enquête, ayant fait l'objet d'un portrait régional de santé environnementale portant spécifiquement sur la qualité de l'air et autres nuisances dans les logements, ont été partagées avec tous les partenaires impliqués et la population.

INDICATEUR 1

Sur un total de 25 arénas en Estrie, 21 arénas utilisant une surfaceuse à combustion ont été ciblés pour une visite. Parmi les quatre autres arénas, trois avaient une surfaceuse électrique et un autre avait fait l'objet d'une importante intervention peu de temps avant.

- Collecte d'information sur les pratiques et les installations au moyen d'un questionnaire et d'échanges avec les principales personnes intervenantes de l'aréna.
- Sensibilisation sur les risques d'intoxication au monoxyde de carbone et au dyoxide d'azote, informations transmises en lien avec les mesures de prévention pour le maintien d'une bonne qualité de l'air intérieur (ventilation, détecteurs, entretien de la surfaceuse) et remise d'une pochette d'information.

Formulation de recommandations dans un rapport de visite.
Visites de suivi effectuées dans deux arénas.

À l'automne 2012, le suivi des arénas concernant les mesures à mettre en place a été effectué en collaboration avec des étudiants externes et des étudiantes externes en médecine pour douze arénas.

INDICATEUR 2

Développement d'un outil destiné à la clientèle avec troubles psychotiques, et ce, dans le cadre d'un projet en collaboration avec la DSP de Montréal et de la Capitale-Nationale.

INDICATEUR 3

Une fiche d'information sur les risques à la santé et les mesures de protection a été développée. Les 89 municipalités ciblées ont reçu cette fiche d'information à transmettre à la population selon la stratégie de communication qu'ils auront retenue parmi celles proposées.

> OBJECTIF

Réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques et aux autres facteurs de risque présents en milieu de travail, notamment l'exposition à la silice, à la fumée de caoutchouc, au bruit et aux contraintes musculosquelettiques.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
	Plusieurs indicateurs se retrouvent dans le *Cahier des charges 2012 du programme des services de santé au travail*, en fonction des ententes spécifiques conclues entre l'Agence et la CSST régionale.			
1	Nombre d'établissements où l'élaboration d'un programme de santé spécifique à l'établissement a été réalisée.	25	34	23

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
2	Nombre d'établissements où une mise à jour du programme de santé spécifique à l'établissement a été réalisée.	48	38	24

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Un programme de santé spécifique a été élaboré dans 23 établissements en 2012. Huit autres établissements ont été visités par les équipes de santé au travail et, à la suite de l'analyse, aucune élaboration n'a été jugée nécessaire pour diverses raisons (sans risque retenu, sans production, etc.). Le processus d'élaboration s'échelonnant sur plusieurs mois, l'élaboration pour huit autres établissements étaient en cours.

INDICATEUR 2

Mise à jour d'un programme de santé spécifique réalisée dans 24 établissements et processus en cours dans seize autres établissements. Processus s'échelonnant sur plusieurs mois en fonction de la complexité des activités et du nombre d'agresseurs à analyser.

À la suite de l'élaboration ou de la mise à jour de ces programmes de santé spécifiques à l'établissement, des activités de mise en application sont effectuées auprès des employeuses, des employeurs, des travailleuses et des travailleurs de ces établissements (surveillance médicale, information sur les risques à la santé identifiés et sur les moyens de prévention, de contrôle et d'élimination à la source et soutien à la gestion de la santé et sécurité du travail).

> OBJECTIF

Soutenir les milieux de travail dans la prise en charge de la santé et la sécurité des travailleurs.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de milieux de travail ayant eu au moins une intervention de soutien à l'organisation de la santé et sécurité au travail.	48	Suivi	63

COMMENTAIRE

Dans une optique d'harmonisation provinciale, le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) s'est donné une définition commune et a ciblé des activités particulières. Notons, entre autres, le soutien à la réduction de l'exposition des travailleuses et des travailleurs aux facteurs de risque environnementaux, le soutien au programme de protection respiratoire et le soutien au fonctionnement d'un comité de santé et sécurité du travail.

2.3.2. UTILISER DES MÉTHODES ET DES STRATÉGIES EFFICACES POUR AGIR DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

> OBJECTIF

Contribuer à améliorer les saines habitudes de vie par des actions individuelles de counseling préventif et de dépistage, et ce, en complémentarité et en cohérence avec d'autres stratégies sur les déterminants de la santé.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de fumeuses et de fumeurs ayant reçu des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT).	375	264	373
2	Nombre d'interventions de type counseling de longue durée réalisées en habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique).	Tabac : 814 Alimentation : 782 Activité physique : 453	Suivi	Tabac : 910 Alimentation : 554 Activité physique : 269

COMMENTAIRES

L'Estrie compte plus de 76 000 fumeuses et fumeurs âgés de douze ans ou plus. On estime qu'au moins 60 % d'entre eux souhaitent cesser de fumer dans les six prochains mois.

INDICATEUR 1

À la période 13, on note sensiblement le même volume de clientèle qu'en 2011-2012 dans les CAT de l'Estrie. On note globalement une augmentation progressive du nombre de fumeuses et de fumeurs et une stabilisation cette dernière année.

INDICATEUR 2

Les interventions du *counseling* en tabagisme ont augmenté. Par contre, on note une baisse du counseling en alimentation et en activité physique, tous deux étant généralement liés, pouvant s'expliquer considérant différents facteurs. Certains CSSS invitent les personnes participantes à une formule de groupe, donc moins de personnes sont rencontrées en individuel, mais de plus en plus de groupes ont lieu. Nous observons également un roulement de personnel, et ce, dans quelques CSSS. Nous pourrions finalement nous demander jusqu'à quel point les services sont connus ou adaptés à la demande.

> OBJECTIF

Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne en donnant la priorité aux pratiques cliniques préventives (PCP) concernant les problèmes suivants : ITSS, habitudes de vie et maladies chroniques, chutes chez les personnes âgées et suicide.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Développer un portrait régional par une enquête.	n. d. Décembre 2012	Portrait des PCP régional disponible	Données disponibles
2	Pourcentage des PCP prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien.	À compter de 2013	66,6 %	75 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Un portrait régional des PCP, à la suite d'une enquête, est en cours de rédaction. Afin de soutenir les professionnelles et les professionnels de la santé, diverses données ont été diffusées sur les thématiques suivantes : saines habitudes de vie (alimentation, santé sexuelle, activité physique), tabagisme et suicide.

INDICATEUR 2

Les PCP réfèrent à un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient ou d'une patiente, allant du counseling à la pharmacoprophylaxie en passant par le dépistage et l'immunisation. Les pratiques cliniques préventives priorisées par le Ministère sont : 1) les ITSS; 2) les habitudes de vie et maladies chroniques; 3) les chutes chez les personnes aînées; 4) le suicide. On note que 75 % des PCP (9/12) ont fait l'objet d'activités de soutien.

Des travaux sont en cours en lien avec l'étude qui a été réalisée auprès des omnipraticiens et des omnipraticiennes de l'Estrie ainsi que des infirmiers et des infirmières en GMF afin de déterminer une offre de service en PCP axée principalement sur une approche par milieu en GMF.

Un sous-comité de travail sur les maladies cardio-métaboliques a été mis en place sous la responsabilité du Comité directeur du programme Services généraux. Le mandat de ce groupe de travail est d'identifier les stratégies afin d'adopter une approche intégrée de la prévention et de la gestion des maladies cardio-métaboliques en première ligne et de faciliter l'arrimage avec les soins de deuxième ligne.

	OBJECTIF	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
1	Promouvoir les mesures efficaces en santé publique dans les diverses structures de concertation intersectorielles régionales autant pour les habitudes de vie que pour les déterminants sociaux ou physiques.	X	

	OBJECTIF	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
2	Renforcer la cohésion entre les activités de concertation intersectorielles, les dossiers de santé publique ainsi qu'avec le développement des communautés.	X	
3	Systématiser, dans la pratique quotidienne, l'application des PCP par les médecins, les professionnelles et les professionnels de la santé dans les CSSS.	En cours	
4	Promouvoir les actions permettant de réduire les inégalités sociales en collaboration avec l'Observatoire estrien en développement des communautés (OEDC).	X	
5	Soutenir les efforts des agentes et agents de développement locaux dans le développement des compétences des acteurs et le déploiement des meilleures pratiques en développement des communautés au niveau local.	X	
6	Soutenir la mise en place d'un système de surveillance territorial orienté vers l'action.	X	
7	Renforcer la cohésion entre les activités en développement des communautés et les activités du *PAR de santé publique 2004-2007 Estrie* (mise à jour 2010).	X	

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

La Table régionale intersectorielles en saines habitudes de vie est en place depuis 2008 (Comité régional estrien PAG-SHV) en lien avec le *Plan d'action gouvernemental (PAG) pour la promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir.* Ce comité régional se veut un comité stratégique animant et concertant les acteurs du territoire pour réaliser les actions du PAG-SHV et les projets soutenus financièrement par le Fonds Québec en forme.

La DSP de l'Estrie collabore également à la Table régionale pour la réussite éducative en Estrie.

INDICATEUR 2

La DSP de l'Estrie priorise, dans sa planification stratégique 2013-2015, le partenariat avec les acteurs sectoriels et intersectoriels comme un incontournable pour la santé. Elle souhaite des coopérations respectueuses dans un souci de reconnaissance et de complémentarité.

INDICATEUR 3

Des travaux sont en cours en lien avec l'étude qui a été réalisée auprès des omnipraticiens et des omnipraticiennes de l'Estrie ainsi que des infirmières et infirmiers en GMF afin de déterminer une offre de service en PCP axée principalement sur une approche par milieu en GMF.

INDICATEUR 4

La région de l'Estrie est au cœur des actions en ce qui a trait au développement des communautés et de la réduction des inégalités sociales. La DSP de l'Estrie participe aux travaux de l'Alliance estrienne de solidarité et d'inclusion sociale et siège également au sous-comité de la Conférence administrative régionale (CAR-Solidarité). Un comité de soutien a été mis en place afin de soutenir les projets régionaux et locaux des concertations en Estrie pour réduire la pauvreté et l'exclusion sociale. Un comité d'avancement des pratiques a été mis en place en 2007 à l'OEDC sous la responsabilité de la DSP de l'Estrie. Ce comité contribue à la définition des orientations de l'OEDC.

INDICATEUR 5

À partir des travaux du Comité d'avancement des pratiques, se développe actuellement avec l'OEDC, un projet d'accompagnement du développement de communautés locales de pratiques. Cette réflexion sera utile à la redéfinition de la mission et des services de l'OEDC dans la prochaine année.

INDICATEUR 6

Les données du Tableau de bord première édition, phase deux (indicateurs majoritairement hors du recensement) ont été diffusées aux partenaires sous forme de tableaux et de cartographie. Les analyses sous forme de texte sont en voie d'être terminées. Les travaux de planification de la deuxième édition sont presque terminés.

INDICATEUR 7

La DSP de l'Estrie soutient et accompagne les gestionnaires des CSSS de la région en collaboration avec le CSSS-IUGS depuis 2010. Ce sont des rencontres d'accompagnement permettant l'appropriation des compétences de gestion propices au développement des communautés. Un forum de partage des expériences de CSSS aura lieu en 2013-2014 autour des enjeux entre le développement des communautés et l'exercice de la responsabilité populationnelle.

2.3.3. ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR UNE VIGIE SANITAIRE ET PAR L'APPLICATION DES LIGNES DIRECTRICES LORS DE SIGNALEMENTS, D'ÉCLOSIONS, OU D'INTOXICATIONS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

> OBJECTIF

Suivre l'évolution des maladies à déclaration obligatoire (MADO), les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les éclosions de maladies transmissibles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Existence d'un portrait régional MADO.	À venir en 2012-2013	Portrait MADO planifié	Portrait prévu en 2013

COMMENTAIRE

Le portrait sera réalisé à l'automne 2013 en raison de la mobilisation de ressources dans des situations d'urgence ou d'enquêtes épidémiologiques urgentes au cours de la dernière année.

> OBJECTIF

Contrôler la transmission de certaines maladies infectieuses pour lesquelles des interventions efficaces sont disponibles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Couverture vaccinale rougeole en milieu scolaire.	93 %	95 %	92 %

COMMENTAIRES

La couverture vaccinale est à 92 % dans le registre provincial V 09 pour le milieu scolaire primaire et secondaire (étudiants, étudiantes ou personnel).

L'objectif national du PNSP est de 95 %. Plusieurs facteurs peuvent influencer son atteinte; notamment le consentement des parents et le nombre de ressources allouées par les CSSS pour effectuer la campagne en milieu scolaire.

Les activités de mise à jour de la vaccination en milieu scolaire se poursuivent tout au long de l'année scolaire.

> OBJECTIF

Agir pour éviter ou réduire les atteintes à la santé publique lors de contamination de l'eau ou de l'air, lors d'accidents industriels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre d'enquêtes réalisées ou d'avis livrés dans les lieux publics concernant des problématiques de contamination de l'eau, de l'air ou d'accidents industriels.	n. d.		n. d.
2	Existence d'un portrait régional MADO.	À venir en 2012-2013	Portrait MADO planifié	Portrait prévu en 2013

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
3	Nombre de demandes reçues pour soutenir les gestionnaires scolaires dans l'intégration et la prise en charge des résultats obtenus dans le cadre du programme provincial de dépistage du radon dans les écoles.	Aucune		Aucune

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

- Une enquête épidémiologique d'envergure a notamment été réalisée auprès de l'ensemble des élèves et du personnel d'une école aux prises avec un problème de contamination fongique.
- À la suite d'un dépassement de norme en arsenic dans l'eau de certains réseaux publics et municipaux desservant environ 10 000 personnes en Estrie, une évaluation et une gestion des risques ont été réalisées et ont mené à un avis de santé publique.
- Lors d'un accident industriel majeur, l'expérience a démontré la capacité de la Santé publique de s'arrimer avec les acteurs de la Mission santé de la sécurité civile. En phase de rétablissement, l'évaluation de l'intervention de santé publique a permis d'identifier les points forts et ceux à améliorer, et de prendre les mesures s'imposant. Un des points forts de la gestion des risques a été la communication du risque à la population lors de deux points de presse (suivis de nombreuses entrevues).
- Une enquête a permis d'établir un lien épidémiologique entre un cas d'infection sévère à E. coli chez une personne et la baignade dans une eau contaminée.
- À la réception d'un signalement d'intoxication au monoxyde de carbone par un service de sécurité incendie, une enquête a été réalisée et a permis d'identifier la cause, soit du dynamitage en milieu résidentiel. En collaboration avec la Mission santé de la sécurité civile et la structure de sécurité civile régionale, les mesures d'urgence ont été déclenchées et ont permis de rejoindre en porte à porte les citoyennes et citoyens menacés dans un périmètre donné afin de prévenir d'autres intoxications.

INDICATEUR 2

Le portrait sera réalisé à l'automne 2013 en raison de la mobilisation de ressources dans des situations d'urgence ou d'enquêtes épidémiologiques urgentes au cours de la dernière année.

Déjà, quelques renseignements spécifiques aux MADO en milieu de travail ont été diffusés par le biais d'un bulletin *Vision Santé publique*.

INDICATEUR 3

Nous n'avons reçu aucune demande de la part des commissions scolaires. Nous les avons relancées, mais aucun besoin n'a été identifié.

> OBJECTIF

Aviser la population des mesures de protection à prendre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

OBJECTIF	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
Communications réalisées auprès de la population.	Quelque 76 activités de communication ont été réalisées dans une optique de protection	

COMMENTAIRES

MALADIES INFECTIEUSES

- Communiqué et entrevues médiatiques lors de la période d'influenza saisonnier.
- Entrevues médiatiques lors d'une éclosion en centre de la petite enfance.
- Entrevues médiatiques lors d'une situation d'exposition à des seringues souillées dans l'environnement.
- Entrevues médiatiques dans le cadre de la campagne de prévention des infections.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

- Collecte et diffusion d'information dans le cadre de l'enquête de santé environnementale portant sur les feux extérieurs et le chauffage au bois. Collaboration avec la Ville de Sherbrooke à la communication des risques liés aux feux extérieurs et au chauffage au bois.
- Rencontre, portant sur les risques d'intoxication au CO en milieu résidentiel visant à unir les efforts de communication, organisée avec la Ville de Sherbrooke. Un communiqué de presse sur le sujet a également été émis et a fait l'objet d'entrevues.
- Lors d'un incident lié au dynamitage en milieu résidentiel, des entrevues médiatiques ont été réalisées dans le but de sensibiliser la population aux sources de CO dans les domiciles.
- Envoi de la liste des réseaux en avis d'ébullition ou de non-consommation à Info-Santé, aux CSSS et aux cliniques médicales de la région.
- Lors d'un accident industriel majeur, la communication du risque à la population a été au cœur de la gestion du risque. Deux points de presse, suivis de nombreuses entrevues médiatiques ont été réalisés pour rassurer la population.
- Pour les événements climatiques extrêmes, de nombreux outils et stratégies ont été développés en Estrie (aide-mémoire, algorithme décisionnel, outils de communication grand public, communiqués, etc.). Diffusion des outils de communication auprès des partenaires et auprès de la clientèle vulnérable des zones à risques. Communiqué de presse émi.
- Séances d'information sur les cyanobactéries données à quelques reprises à l'intention des municipalités, exploitants de plages et associations de riverains. Activités de communication dans les médias.
- Entrevues médiatiques, rencontres publiques, point de presse et communiqué en lien avec la qualité de l'air en milieu scolaire.
- Communiqué de presse, entrevues médiatiques et rencontres des élus d'une municipalité en lien avec l'exposition aux champs magnétiques émis par l'installation de compteurs intelligents.

- Plusieurs entrevues médiatiques sur les mesures de protection en regard de l'exposition aux rayons UV.
- Rédaction d'un rapport faisant état d'une réflexion approfondie sur les meilleures pratiques de surveillance et de gestion des eaux récréatives à la suite d'un événement d'infection sévère à E. coli survenu chez une personne ayant été en contact avec l'eau d'une plage contaminée d'une municipalité. Entrevues médiatiques, rencontres publiques, communiqué de presse.
- Participation à la consultation publique (incluant une séance d'information publique) concernant un projet de méga-porcherie (2 350 têtes) à Saint-François-Xavier-de-Brompton, en mai 2012.

> OBJECTIF

Identifier et réduire à la source les agresseurs physiques, chimiques ou biologiques des milieux de travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Plusieurs indicateurs se retrouvent dans le *Cahier des charges 2012 du programme des services de santé au travail*, en fonction des ententes spécifiques conclues entre l'Agence et la CSST régionale.			
Nombre de situations de surexposition transmises à la CSST, à titre de signalement.	32	Suivi	9

COMMENTAIRE

En 2012, les signalements des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention portaient tous sur des contaminants chimiques. Ces signalements surviennent à la suite de la surveillance environnementale effectuée dans le cadre de l'élaboration ou de mises à jour des programmes de santé spécifiques aux établissements (échantillonnage de différents contaminants, entre autres, les poussières de bois, la silice cristalline).

> OBJECTIF

Protéger la santé et le bien-être des travailleurs contre les expositions aiguës ou chroniques à des agresseurs.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de travailleurs différents faisant l'objet d'une déclaration de MADO.	22	Suivi	39

COMMENTAIRES

Sur l'ensemble des 39 déclarations de MADO reçues en 2012, 27 provenaient du Comité des maladies pulmonaires professionnelles et consistaient en des déclarations en lien avec le diagnostic d'une maladie, neuf étaient associées aux suivis de surveillance médicale dans un même établissement et les trois autres concernaient des intoxications d'origine chimique.

La prévention de ces MADO fait partie des activités régulières des équipes de santé au travail auprès des employeuses, des employeurs, des travailleuses et des travailleurs des différents établissements (séances d'information, surveillance médicale et environnementale et activités de soutien à la gestion de la santé et sécurité du travail).

2.4. ENJEU 4

LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES

Encore une fois cette année, dans le but de dégager des économies et d'améliorer la performance des établissements de la région, des projets ont été réalisés afin de regrouper les services administratifs, les services de soutien et d'optimisation clinique.

Parmi ceux-ci, mentionnons celui des équipements spécialisés et d'harmonisation des soins de plaies. De plus, le projet PRASE (Service de la paie, de la rémunération et de la gestion des avantages sociaux de quelques 13 500 employés et employées) en cours fait la fierté de la région et est une source d'inspiration pour l'ensemble du Québec.

Dans le secteur des ressources informationnelles, volet clinique, notons le déploiement du module Laboratoire du dossier clinique informatisé Continuum Ariane Estrie (DCI-CAE) dans tous les CSSS de la région, ce qui a permis de remplacer deux systèmes d'information de laboratoire par un seul. En ce qui a trait au volet technologique, les travaux se sont poursuivis pour optimiser la gestion des postes de travail et des centres de traitement informatiques, des systèmes téléphoniques et du service de visioconférence.

D'autres projets liés à l'utilisation rigoureuse des ressources matérielles ont été réalisés.

L'Agence coordonne un programme court en gestion de la performance (LEAN) d'où émane des réalisations concrètes de projets d'amélioration et d'optimisation des ressources, de concert avec les initiatives en cours dans l'ensemble des établissements.

Le défi qui se pose sera de coordonner judicieusement l'ensemble de ces projets pour poursuivre sur cette avenue de l'amélioration de la performance de notre réseau. Que ce soit par le partage des bonnes pratiques, le transfert interétablissements, le développement du potentiel des gestionnaires relayeurs de cette approche dans l'ensemble des établissements, nous avons bon espoir que ces mesures faciliteront le développement d'une culture LEAN dans notre région.



M^me^ NATHALIE LÉONARD
Directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines



M^me^ MICHELINE SAVOIE
Directrice régionale des ressources informationnelles



M^me^ FRANCE SIMONEAU
Directrice des ressources financières et matérielles

2.4.1. RÉPONDRE AUX DÉFIS PAR LE DÉVELOPPEMENT D'ORGANISATION PERFORMANTE ET NOVATRICE

> OBJECTIF

Documenter et faire connaître aux établissements les structures de poste optimales pour déployer une offre de service par programme.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Analyse et recommandations sur les structures de postes optimales déposées.	s. o.	Amorce de l'analyse	Réalisé

COMMENTAIRE

Une première analyse a été effectuée pour valider la méthode de prise de données. Il s'est avéré impossible, à partir des données régionales, de pouvoir analyser une structure de postes optimale. D'autres avenues doivent être envisagées pour pouvoir atteindre cet objectif.

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de productivité pour l'ensemble des centres d'activités en première ligne et de prise en charge pour les services spécialisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Nombre de CSSS ayant atteint les ratios de productivité visés pour chaque centre d'activités.	n. d.	4/7	4/7
2	Nombre de CSSS ayant atteint la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères au SAD.			7/7

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Bien que l'ensemble des ratios de productivité visés ne sont atteints que par quatre CSSS sur sept, six des sept CSSS les ont atteints pour le SAD. La progression est marquante au SAD pour les services des soins infirmiers, de l'inhalothérapie, de l'aide et des services psychosociaux. La situation est différente pour les autres programmes. Une diminution du nombre d'interventions par équivalent temps complet (ETC) par jour est notée aux services de santé courants pour tous les CSSS. Soulignons toutefois, l'amélioration pour le programme santé mentale de première ligne. Les sept CSSS ont atteint le ratio de productivité visé dans ce centre d'activités.

INDICATEUR 2

Pour la région, il y a une amélioration du pourcentage de temps passé auprès des usagers et des usagères au SAD de 5,44 %. Les résultats 2012-2013 pour tous les services de SAD sont de 49 % du temps auprès des usagers et des usagères. L'amélioration présentée par les CSSS en 2012-2013 est la meilleure progression annuelle depuis que les travaux sur la productivité ont été entrepris. Tous les CSSS ont augmenté le temps passé auprès de ceux-ci. Le défi d'améliorer ce temps passé auprès de ceux-ci est remarquable, car il faut considérer tous les nouveaux postes créés au SAD en lien avec le budget de développement. Notons les efforts du CSSS-IUGS ayant atteint la proportion visée dans tous les services de SAD et présente une très bonne progression du temps passé auprès des usagers et des usagères.

> OBJECTIF

Mettre en place des mécanismes systématiques de type *benchmarking* pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Dépôt d'un document explicatif sur les mécanismes mis en place.	Élaboration réalisée	Document diffusé	Réalisé

COMMENTAIRES

Un document intitulé *Mécanismes systématiques de type benchmarking pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service* a été produit. Celui-ci explique le processus d'analyse et de production de tableaux des rangs de l'Estrie parmi les régions sociosanitaires du Québec. Deux annexes accompagnent ce document, soit les listes des indicateurs nationaux et régionaux* d'accessibilité retenus, la source des données, le mode d'appréciation utilisé pour l'établissement des rangs ainsi que la périodicité à laquelle chacun des indicateurs est diffusée.

C'est principalement en utilisant des données extraites du site Web de T-BIG que les rangs de l'Estrie sont établis pour les indicateurs nationaux. Lorsqu'il est question de taux, proportions, délais ou nombres moyens, les rangs sont établis sur les résultats publiés. Les taux de desserte sont utilisés, quant à eux, lorsque des nombres sont rapportés (nombre de personnes desservies, nombre d'interventions, etc.) puisqu'ils sont liés à la taille de la population des régions et nécessitent donc une pondération. Certains indicateurs sont aussi accompagnés de commentaires pouvant aider à l'interprétation des données.

* Note : Les indicateurs régionaux font actuellement l'objet d'ajustements et de validation dans plusieurs régions du Québec. Ces travaux sont réalisés depuis 2010-2011 en Estrie. Une comparaison interrégionales ne sera possible qu'à partir de 2014-2015.

2.4.2. ASSURER UNE GESTION RIGOUREUSE EN OPTIMISANT L'UTILISATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

> OBJECTIF

S'assurer de la suite à donner aux projets de construction en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour le CSSS du Haut-Saint-François et le CSSS du Granit.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre de projets évalués.	2	2	2

COMMENTAIRE

L'Agence a continué à soutenir les établissements dans les démarches nécessaires à la réalisation de ces projets auprès du MSSS. Ces actions devront se poursuivre et être maintenues en 2013-2014.

> OBJECTIF

Soutenir l'évaluation du projet d'agrandissement du CHUS-Hôpital Fleurimont.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Projet évalué.	Réalisé	Réalisé	Réalisé

COMMENTAIRE

L'Agence a continué à soutenir l'établissement dans les démarches nécessaires à la réalisation de ce projet auprès du MSSS. Ces actions devront se poursuivre et être maintenues en 2013-2014.

> OBJECTIF

Favoriser la mise en commun des ressources informationnelles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Favoriser la mise en commun des ressources informationnelles.	16 systèmes d'information mis en commun	Suivi	2 nouveaux systèmes ou services mis en commun. Total = 18

COMMENTAIRES

ALIMENTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS (SIMASS)

Outre le CHUS, cette exigence ministérielle vise les CSSS de Memphrémagog et du Granit. L'approche initiale était d'utiliser des systèmes de gestion du bloc opératoire différents au CHUS (OPÉRA déjà en place) et dans les CSSS (GIC à venir). La nouvelle orientation prise en 2012-2013 est de mettre en commun les développements que nous faisons à partir des systèmes déjà en place au profit des deux CSSS.

- Les deux CSSS concernés ont été sensibilisés aux attentes du MSSS.
- Les deux systèmes proposés par le MSSS ont d'abord été examinés puis, après évaluation des impacts, l'orientation de déployer d'une seule solution pour la région a été prise et communiquée aux CSSS.
- Un plan d'action a été préparé et soumis au MSSS.

PUBLICATION WEB

Depuis 2012-2013, le service de publication Web de notre technocentre dessert plusieurs organisations de la région Chaudière-Appalaches. Un bel exemple de mise en commun interrégionales qui, suite à une nouvelle entente, répond aux besoins suivants :

- Développement des sites Web de l'Agence, trois CSSS et deux CR.
- Soutien par le Centre d'assistance régional (CAR).

> OBJECTIF

Poursuivre l'implantation du projet Continuum Ariane en Estrie.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage d'implantation du projet.	55 %	Suivi	60 %

COMMENTAIRES

Il est difficile d'évaluer de façon précise le pourcentage d'implantation d'un dossier clinique informatisé (DCI) régional. L'Estrie compte des établissements d'envergure très variable. De plus, la portée du projet s'ajuste en fonction du contexte (les priorités nationales et régionales se précisent et le contexte financier évolue). Par ailleurs, Continuum Ariane Estrie est implanté au CHUS depuis plusieurs années et doit maintenant être réajusté en fonction du contexte régional.

Afin d'estimer le pourcentage d'implantation, on doit s'appuyer sur des hypothèses. Par exemple, le CHUS représente 50 % de l'ensemble et l'implantation d'un nouveau module représente un ajout de 5 %. Sur cette base, on pourrait estimer le pourcentage d'implantation atteint en 2011-2012 à 55 % (CHUS + module système d'information en radiologie [SIR] dans les CSSS) et celui atteint en 2012-2013 à 60 % (ajout du module Laboratoire).

ACTIONS

- Normalisation des procédures selon les normes d'Inforoute Santé Canada.
- Déploiement du module Laboratoire dans les cinq CSSS concernés.
- Retrait de l'ancien système d'information de laboratoire (SIL).

> OBJECTIF

Déployer le dossier clinique informatisé.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage d'établissements qui utilisent une solution informatique de DCI.	7 établissements sur 12 déployés (58 %)	8 sur 12 (67 %)	7 sur 12 (58 %)

COMMENTAIRES

Un seul des CSSS de la région, le CSSS du Haut-Saint-François, n'est pas concerné par l'implantation des deux premiers modules du DCI, les systèmes d'information de radiologie et de laboratoire.

L'objectif de huit établissements sur douze (ou 67 %) aurait été atteint si un premier module du DCI, par exemple celui de pharmacie, avait pu être déployé au CSSS du Haut-Saint-François. Cependant, cela n'a pas été possible en raison de travaux préalables à réaliser en lien avec l'index patient du CSSS et de la révision de la planification du déploiement du module de pharmacie.

Un nouveau module du DCI Continuum Ariane Estrie, a toutefois été déployé dans cinq des sept CSSS de la région, ce qui contribue à augmenter l'utilisation du DCI dans la région.

> OBJECTIF

Contribuer au déploiement du Dossier de santé du Québec (DSQ).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Pourcentage de médecins, pharmaciens et infirmières ayant accès aux bases de données du DSQ.	5 % des pharmaciens	Suivi Déploiement du volet médicament dans toutes (100 %) les pharmacies et tous les GMF	2013-03-31 : 60 % des pharmaciens (34 pharmacies communautaires déployées/57)

COMMENTAIRE

Les négociations entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et le MSSS a retardé pendant plusieurs mois, les travaux de déploiement; le déploiement est repris.

> OBJECTIF

Miser sur l'assistance en ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'appels reçus au CAR annuellement.	50 % des appels résolus au CAR (56 987 appels reçus)	Suivi	65 % des appels résolus au CAR (55 430 appels reçus)

COMMENTAIRES

À noter que la formule de calcul du taux de résolution a été modifiée au cours 2012-2013. Quoi qu'il en soit, l'augmentation réelle demeure significative.

Le nombre d'appels reçus a légèrement diminué (moins 3 %). Cela s'explique par le fait que de plus en plus d'utilisateurs et d'utilisatrices ont un recours aux requêtes électroniques (formulaire Web) au détriment des appels téléphoniques.

L'augmentation du taux de résolution est principalement attribuable aux efforts de l'équipe du CAR afin de rehausser son niveau d'expertise, tant pour soutenir les utilisateurs et les utilisatrices de systèmes cliniques qu'administratifs.

> OBJECTIF

Consolider la gestion des infrastructures technologiques.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'infrastructures consolidés.	37 % des serveurs gérés par le TCR	Suivi	Dossier en suspens

COMMENTAIRES

Cet objectif est dorénavant intégré au projet de *Regroupement des centres de traitement*, l'un des chantiers provinciaux d'optimisation en technologie de l'information. Ce projet n'a pas progressé en 2012-2013, mais entrera en planification dès le début de 2013-2014.

Cet objectif n'a pu être atteint en 2012-2013 pour les raisons suivantes :

- Le MSSS n'avait pas encore de cadre de gestion pour encadrer ce dossier.
- L'ancien réseau de télécommuncation sociosanitaire (RTSS) a graduellement été remplacé, au cours des derniers mois, par un réseau plus fiable et plus performant, le réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM).
- Les experts et les expertes en soutien d'infrastructures technologiques se trouvent dans des équipes différentes, principalement à l'Agence et au CHUS. Des travaux de rapprochement des équipes sont en cours.

> OBJECTIF

Mettre en œuvre le *Plan stratégique du MSSS 2010-2015* en sécurité de l'information.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Plan stratégique implanté.	En attente du lancement par le MSSS	Suivi	78 % du plan réalisé

COMMENTAIRES

Le plan n'a pas été complètement réalisé.

Le plan porte sur neuf thèmes pour lesquels il reste du travail à réaliser. Dans la plupart des cas, les actions qui ont été réalisées sont celles qui étaient les moins contraignantes.

Les raisons expliquant que l'objectif n'ait pas été atteint varient d'un établissement à l'autre. Les plus fréquentes sont : 1) la priorisation; 2) le manque d'expertise et de temps consacré à la sécurité; 3) le manque de financement.

> OBJECTIF

Actualiser les projets nationaux d'optimisation en ressources informationnelles (chapitre V).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	OBJECTIF	ENGAGEMENT 2012-2013	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
1	La téléphonie IP.	Plan régional transmis	Plan régional élaboré
2	La téléphonie cellulaire.	Bilan 2012 transmis Politique-cadre mise en œuvre (lorsque disponible par le MSSS)	Dossier complété. Les bénéfices se sont réalisés
3	La visioconférence.	Migration de l'ensemble des stations	Dossier à venir
4	Le courrier électronique.	Migration de l'ensemble des boites de courrier électronique dans les 12 mois suivant la disponibilité du service national du courrier électronique (SNCE)	Dossier à venir
5	La gestion du parc des postes de travail.	Migration de 20 % du parc de postes informatiques au client léger	21 %
6	Le regroupement des centres de traitement.	Réduction de 20 % du nombre de sites disposant de plus d'un serveur	Dossier à venir

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Un plan stratégique régional d'optimisation en téléphonie a été élaboré au cours de l'exercice avec les responsables des établissements. Au 31 mars 2013, ce plan était en processus d'approbation. Il devrait être transmis sous peu au MSSS.

INDICATEUR 2

Tous les établissements et l'Agence ont transféré au nouveau contrat de téléphonie cellulaire négocié par la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) (maintenant le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec (GACEQ).

INDICATEUR 3

En 2012-2013, toutes les agences étaient en attente des directives du MSSS. Le lancement de ce projet provincial s'est fait le 14 mars 2013.

INDICATEUR 4

Le processus d'appel d'offres n'est pas complété. Le MSSS doit choisir le fournisseur qui fournira ce nouveau service (SNCE).

INDICATEUR 5

L'objectif a été atteint. Le pourcentage est au moins de 21 %. Toutefois, à mesure que le MSSS précise ses attentes, la façon de calculer ce pourcentage change. Cet indicateur devra être révisé ou précisé pour 2013-2014.

INDICATEUR 6

Cet objectif n'a pu être atteint en 2012-2013 pour les raisons suivantes :

- Le MSSS doit déposer son cadre de gestion pour encadrer ce dossier.
- Le RTSS a graduellement été remplacé, au cours des derniers mois, par un réseau plus fiable et plus performant, le RITM.
- Les experts et les expertes en soutien d'infrastructures technologiques se trouvent dans des équipes différentes, principalement à l'Agence et au CHUS. Des travaux sont en cours pour le rapprochement des équipes.

> OBJECTIFS

Actualiser les orientations régionales en matière de technologies de l'information pour le Technocentre régional de l'Estrie :

a) Maximiser la mise en commun.

b) Maximiser l'assistance en ligne.

c) Optimiser le panier de services.

d) Consolider la gestion des infrastructures technologiques.

e) Optimiser les processus de livraison de services.

f) Stabiliser le financement du Technocentre régional.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Nombre d'orientations actualisées.	a) Non débutée b) Débutée c) Débutée d) Non débutée e) Non débutée f) Non débutée	Suivi	a) 2 nouveaux systèmes ou services mis en commun b) 65% des appels résolus au CAR (55 430 appels reçus) c) Suivi d) Dossier en suspens e) Suivi f) Complétée

COMMENTAIRES

B) MAXIMISER L'ASSISTANCE EN LIGNE

Le nombre d'appels reçus a légèrement diminué (moins 3 %). Cela s'explique par le fait que de plus en plus d'utilisateurs et d'utilisatrices ont recours aux requêtes électroniques (formulaire Web) au détriment des appels téléphoniques.

L'augmentation du taux de résolution est principalement attribuable aux efforts de l'équipe du CAR afin de rehausser son niveau d'expertise, tant pour soutenir les utilisateurs et les utilisatrices de systèmes cliniques qu'administratifs.

C) OPTIMISER LE PANIER DE SERVICES

Le panier de services est optimisé dans le cadre du projet régional ITIL (les bonnes pratiques en gestion informatique) en cours depuis quelques mois. Tous les accords de niveaux de services existants seront examinés et de nouveaux seront élaborés dans le cadre de ce projet. Pour l'instant, il est difficile d'évaluer l'état de la révision du panier de services.

D) CONSOLIDER LA GESTION DES INFRASTRUCTURES TECHNOLOGIQUES

La consolidation des infrastructures (ou regroupement des serveurs) nécessite :

- un cadre de gestion clair en provenance du MSSS;
- un réseau de télécommunication très fiable;
- une équipe régionale de soutien suffisante en nombre et en expertise.

Cet objectif n'a pu être atteint en 2012-2013 pour les raisons suivantes :

- Le MSSS n'avait pas encore de cadre de gestion pour encadrer ce dossier.
- Le réseau RTSS a graduellement été remplacé, au cours des derniers mois, par un réseau plus fiable et plus performant, le RITM.
- Les experts et les expertes en soutien d'infrastructures technologiques se trouvent encore dans des équipes différentes, principalement à l'Agence et au CHUS. Ces équipes seront regroupées au cours de l'exercice 2013-2014.

E) OPTIMISER LES PROCESSUS DE LIVRAISON DE SERVICES

Le panier de services est optimisé dans le cadre du projet régional ITIL en cours depuis quelques mois. Tous les accords de niveaux de services existants seront examinés et de nouveaux seront élaborés dans le cadre de ce projet. Pour l'instant, il est difficile d'évaluer l'état de la révision du panier de services.

F) STABILISER LE FINANCEMENT DU TECHNOCENTRE RÉGIONAL

Un comité de travail regroupant des responsables de ressources informationnelles et de ressources financières s'est réuni à sept reprises pour revoir le mode de financement du Technocentre régional. Ce comité a produit une recommandation qui a été entérinée par la TCRE.

2.4.3. RELEVER LES DÉFIS DE SANTÉ FINANCIÈRE PAR LA DIMINUTION DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES

	OBJECTIF	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
1	Analyser le potentiel d'optimisation des services par la mise en commun d'activités administratives et de soutien et en assurer la mise en œuvre.	En cours de réalisation	2
2	Soutenir la concertation des établissements dans la recherche de solutions novatrices autant locales que régionales pour faire face aux défis du projet de loi n° 100.	En continu	

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Plusieurs chantiers d'optimisation sont en cours et certains ont donné des résultats en 2012-2013 dont ceux des équipements spécialisés et de l'harmonisation de soins de plaies.

D'autres chantiers sont en cours de réalisation et d'implantation et donneront des résultats dans les années futures : 1) efficacité énergétique (CHUS); 2) logistique hospitalière; 3) paie, rémunération et avantages sociaux de l'Estrie (PRASE).

INDICATEUR 2

Partage sur le sujet régulièrement aux différentes tables déjà existantes : TRRFM, TRRH, TCRE. Nous faisons alors une mise en commun lors de ces rencontres sur différentes solutions mises en place par l'un ou l'autre des établissements. Les uns et les autres sont inspirants.

> OBJECTIF

Réduire, d'ici le 31 mars 2014, de 10 % les dépenses de nature administrative.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Suivi des centres d'activités concernés.	En cours de réalisation	Déjà réalisé	Maintien de la réalisation déjà obtenue

COMMENTAIRES

Nous avons fait face aux mesures d'optimisation de 10 % imposées par le Ministère depuis le début.

Les dépenses administratives ont diminué de plus de 10 % par exemple en réduisant les frais reliés aux déplacements, en utilisant notamment la visioconférence. Pour la publicité, nous privilégions les moyens électroniques maintenant à notre disposition. Nous négocions des contrats en unissant nos forces pour réduire les coûts que les fournisseurs nous facturent.

> OBJECTIF

Diminuer les heures travaillées équivalant à un départ à la retraite sur deux dans les secteurs administratifs (cadres et salariés) d'ici le 31 mars 2014.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Suivi des centres d'activités concernés.	En cours de réalisation	En cours de réalisation	Diminution

COMMENTAIRE

Les heures travaillées ont diminuées, car lorsque c'était possible, nous avons tenu compte du principe du non remplacement d'un départ à la retraite sur deux. Cependant, dans certains cas, la reddition de compte impose un certain ajout d'heures ainsi que les différents chantiers d'optimisation. Par ailleurs, l'ajout de ces heures se traduit par des économies dans différents centres d'activités.

2.4.4. METTRE EN ŒUVRE DES MÉCANISMES DE NÉGOCIATION DES ENTENTES DE GESTION MOBILISANTS

> OBJECTIF

Adapter l'approche d'élaboration de l'entente de gestion par l'offre de service des établissements en s'assurant de mettre en œuvre des mécanismes mobilisants.

Développer et mettre en place les modalités de contrat d'engagement couvrant les enjeux d'amélioration de l'accessibilité, la productivité, la continuité, la qualité et la performance.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
1	Dépôt d'un plan de travail.	s. o.	Plan de travail déposé	En cours d'élaboration
2	Mise en place du groupe de travail.	s. o.	Plan de travail déposé	Non réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Afin d'adapter l'approche d'élaboration de l'entente de gestion avec les établissements de la région en nous assurant que les mécanismes soient mobilisants, nous avons choisi de faire un projet LEAN. En 2012-2013, la charte de projet a été définie. Elle précise les impacts recherchés par le projet, soit :

- Diminution du temps requis pour compléter le processus.
- Augmentation de la proportion d'engagements rencontrés en fin d'année.
- Diminution de l'effort requis par les parties prenantes pour la réalisation de ce processus.
- Maintien ou augmentation de la satisfaction des établissements envers le processus.

La prise de mesures a aussi été débutée afin de documenter et de permettre une meilleure analyse de la situation.

INDICATEUR 2

Comme le plan de travail n'a pas été déposé, le groupe de travail n'a pas encore été mis en place. Des activités *Kaizen* seront tenues pour l'ensemble des sous-processus d'élaboration des ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements. Ces activités permettront aux établissements de participer dans la recherche de solutions dans le but de rencontrer les impacts souhaités du projet.

> OBJECTIF

Rendre disponible des outils de comparaison et d'information de gestion.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

OBJECTIF	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
Outils disponibles	X	

COMMENTAIRES

Afin de soutenir les décisions de gestion, l'équipe de la performance de l'Agence a développé plusieurs outils d'information et de comparaison sur la performance des établissements et de la région. Voici une brève description de quelques-uns de ces outils :

- La mise en place de mécanismes systématiques de type *benchmarking* (analyse comparative) pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service. Cet outil permet de situer le rang de la région, parmi l'ensemble des régions pour chacun des indicateurs.
- Les ratios de productivité pour les centres d'activités au SAD et hors SAD sont calculés et rendus disponibles aux établissements de la région.
- Les taux de desserte, soit le nombre d'usagères et d'usagers desservis pour une population donnée, sont calculés pour chaque CSSS pour les différentes clientèles (SAPA, santé mentale, etc.).

Le suivi des heures de services rendus aux usagères et aux usagers a été calculé périodiquement dans le secteur du SAD et rendu disponible aux établissements.

> OBJECTIF

Améliorer les méthodes de calcul des indicateurs d'accès aux services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	ENGAGEMENT 2012-2013	RÉSULTAT 2012-2013
Révision des méthodes de calcul.	En attente du déploiement de la version 4.10 d'I-CLSC. Déploiement prévu à l'automne 2012.	Méthodes de calcul révisées	En attente du MSSS

COMMENTAIRES

Des problèmes de déploiement de la version 4.10 d'I-CLSC ont causé des retards. En Estrie, le déploiement prévu à l'automne s'est effectué en mars. En raison de ce retard, le MSSS n'a pas avancé dans l'ajustement des critères dans les calculs des délais d'accès aux services. L'ajustement des critères permettra de tenir compte des services requis ultérieurement et de ne pas calculer de délai à un premier service lorsque l'usagère ou l'usager n'est pas disponible.

L'Estrie a implanté ces changements en 2011-2012.

Le MSSS s'est donné un délai d'un an pour permettre aux régions d'implanter les nouvelles règles de la demande de service. Après ce délai, les critères des calculs seront ajustés par le MSSS. Les comparatifs des résultats entre les régions seront possibles en 2014-2015.

3

Données FINANCIÈRES

3.1. ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

3.1.1. RAPPORT DE LA DIRECTION

Sherbrooke, le 11 juin 2013

Le *Rapport financier annuel* du 31 mars 2013, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la LSSSS.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2013 transmis au Ministère soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le C. A. surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière, et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au C. A..

Les états financiers, inclus sous la section auditée du *Rapport financier annuel*, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

M^me^ JOHANNE TURGEON,
Présidente-directrice générale

M^me^ FRANCE SIMONEAU,
Directrice des ressources financières et matérielles

3.1.2. RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Aux membres du C. A. de l'Agence

Les états financiers résumés ci-joints, comprenant les bilans au 31 mars 2013 et les états des résultats, des soldes de fonds, de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2013. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'évènements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

:: Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS.

:: Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la norme canadienne d'audit (NCA) 810, *Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés*.

:: Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

:: Autre point

Le 1er avril 2012 une nouvelle norme de comptabilisation des paiements de transfert est entrée en vigueur (chapitre SP 3410 du *Manuel de l'ICCA pour le secteur public*). Une discussion quant à l'interprétation de cette norme est présentement en cours entre différentes instances. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est d'avis que l'application de cette norme n'entraîne aucun impact pour les établissements du secteur de la santé (voir note 3). Le présent rapport annuel a donc été établi en ce sens. La profession ne s'étant pas encore positionnée quant à l'interprétation de ce chapitre, il est présentement impossible d'évaluer les modifications qui pourraient survenir. Toute modification, s'il y a lieu, sera comptabilisée dans l'exercice alors en cours.

Mallette s.e.n.c.r.l.

MALLETTE SENCRL[1]

Trois-Rivières, Québec

Le 27 août 2013

3.1.3. SUIVI DE LA RÉSERVE

Nom de l'agence
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Code
1466-5228

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

ETAT DU SUIVI DES RESERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes :						
Colonne 3 : R pour réserve O pour observation C pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R pour réglée PR pour partiellement réglée NR pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Passifs relatifs aux droits parentaux et assurance-salaire non comptabilisés au bilan	2012	R	Aucune car directive du MSSS à ce moment. Ces montants sont désormais comptabilisés en 2012-2013.	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Rapport à la gouvernance						

3.1.4. ÉTATS DES RÉSULTATS

:: États des résultats du fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations résumés pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES	2012-2013	2011-2012
REVENUS		
Subventions du Ministère	7 499 976 $	7 482 402 $
Autres revenus	263 529	290 655
Total des revenus	**7 763 505 $**	**7 773 057 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	6 190 458 $	6 166 127 $
Autres dépenses	1 427 833	1 461 751
Total des charges	**7 618 291 $**	**7 627 878 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice	**145 214 $**	**145 179 $**
Contributions en provenance de fonds affectés	64 702	36 536
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	225 000	225 000
Affectations au fonds d'immobilisations et à d'autres fonds	(431 546)	(421 278)
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**3 370 $**	**(14 563) $**

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS ACCESSOIRES	2012-2013	2011-2012
REVENUS		
Subventions du Ministère	123 323 $	163 718 $
Autres revenus		25
Total des revenus	**123 323 $**	**163 743 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	43 897 $	45 469 $
Autres dépenses	55 935	95 995
Total des charges	**99 832 $**	**141 464 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice	**23 491 $**	**22 279 $**

RÉSULTATS DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2012-2013	2011-2012
REVENUS		
Contributions des établissements	2 029 484 $	3 490 739 $
Autres revenus	8 090 865	4 925 247
Total des revenus	**10 120 349 $**	**8 415 986 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	3 917 488 $	3 318 565 $
Autres dépenses	3 829 596	3 764 561
Total des charges	**7 747 084 $**	**7 083 126 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice	**2 373 265 $**	**1 332 860 $**
Contributions en provenance du fonds d'exploitation	361 859 $	342 143
Contributions de fonds affectés		78 371
Affectations au fonds d'exploitation	(225 000)	(225 000)
Affectations au fonds d'immobilisations	(1 511 310)	(1 200 635)
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice après contributions de l'avoir propre et interfonds	**998 814 $**	**327 739 $**

RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS	2012-2013	2011-2012
REVENUS		
Subventions du Ministère	4 944 064 $	5 454 858 $
Autres revenus		
Total des revenus	**4 944 064 $**	**5 454 858 $**
CHARGES		
Frais d'intérêts	2 370 820 $	2 624 683 $
Amortissements	2 475 151	2 403 442
Autres charges	511 788	549 611
Total des charges	**5 357 759 $**	**5 577 736 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice	**(413 695) $**	**(122 878) $**
Contributions en provenance du fonds d'exploitation – activités principales	69 687 $	79 135 $
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	1 511 310	1 200 635
Contributions en provenance de fonds affectés	116 751	75 400
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**1 284 053 $**	**1 232 292 $**

:: États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations résumés pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

FONDS D'EXPLOITATION	2012-2013		2011-2012	
	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE
Solde créditeur (débiteur) – au début	**145 179 $**	**606 174 $**	**639 381 $**	**104 256 $**
Additions (déductions)				
Excédent de l'exercice	145 214 $	23 491 $	145 179 $	22 279 $
Transferts interfonds :				
– En provenance des fonds affectés		64 702		36 536
– En provenance du fonds des activités régionalisées		225 000		225 000
– Affectés à d'autres fonds		(361 859)		(342 143)
– Affectés au fonds d'immobilisations		(69 687)		(79 135)
Libération de surplus	(145 179) $	145 179 $	(639 381) $	639 381 $
Variation de l'exercice	**35 $**	**26 826 $**	**(494 202) $**	**501 918 $**
Solde créditeur (débiteur) à la fin	**145 214 $**	**633 000 $**	**145 179 $**	**606 174 $**

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2012-2013	2011-2012
Solde créditeur (débiteur) – au début	**2 432 085 $**	**2 104 346 $**
Additions (déductions)		
Excédent de l'exercice	2 373 265 $	1 332 860 $
Transferts interfonds :		
– Contributions du fonds d'exploitation	361 859	342 143
– Contributions de fonds affectés		78 371
– Affectés au fonds d'exploitation	(225 000)	(225 000)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(1 511 310)	(1 200 635)
Autres déductions		
Variation de l'exercice	**998 814 $**	**327 739 $**
Solde créditeur (débiteur) à la fin	**3 430 899 $**	**2 432 085 $**

FONDS D'IMMOBILISATIONS	2012-2013	2011-2012
Solde créditeur (débiteur) – au début	**1 232 292 $**	
Additions (déductions)		
Déficit de l'exercice	(413 695) $	(122 878) $
Transferts interfonds :		
– En provenance du fonds d'exploitation	69 687	79 135
– En provenance des activités régionalisées	1 511 310	1 200 635
– En provenance de fonds affectés	116 751	75 400
Variation de l'exercice	**1 284 053 $**	**1 232 292 $**
Solde créditeur (débiteur) à la fin	**2 516 345 $**	**1 232 292 $**

:: Bilans résumés des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2013

BILANS	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
ACTIF						
Encaisse	1 484 311 $	1 757 919 $	4 255 525 $	3 893 469 $	22 982 $	71 181 $
Débiteurs	592 370	326 606	2 888 203	4 614 808	23 470 146	22 940 097
Autres éléments	15 835	13 934	122 539	9 762	103 611	112 024
Immobilisations					6 105 708	6 491 334
Subvention à recevoir – réforme comptable	708 814	587 644	275 276	282 082	43 624 357	47 439 426
Total de l'actif	**2 801 330 $**	**2 686 103 $**	**7 541 543 $**	**8 800 121 $**	**73 326 804 $**	**77 054 062 $**
PASSIF						
Découvert de banque						
Créditeurs et charges à payer	1 134 217	1 177 480	3 725 957	6 021 794	22 982	71 181
Provision pour vacances et congés de maladies	888 899	757 270	384 687	346 242		
Intérêts courus à payer					420 140	457 851
Emprunts temporaires					26 400 991	26 071 477
Dette à long terme					43 966 346	49 221 261
Total du passif	**2 023 116 $**	**1 934 750 $**	**4 110 644 $**	**6 368 036 $**	**70 810 459 $**	**75 821 770 $**
Solde de fonds	**778 214 $**	**751 353 $**	**3 430 899 $**	**2 432 085 $**	**2 516 345 $**	**1 232 292 $**
Total du passif et du solde du fonds	**2 801 330 $**	**2 686 103 $**	**7 541 543 $**	**8 800 121 $**	**73 326 804 $**	**77 054 062 $**

:: État des résultats et bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2013

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2012-2013
REVENUS				
Subventions du Ministère	19 005 249 $	30 000 $	64 798 903 $	83 834 152 $
Revenus d'intérêts	15 366	2 092	102 098	119 556
Autres	4 518 693	22 059	786 831	5 327 583
Total des revenus	**23 539 308 $**	**54 151 $**	**65 687 832 $**	**89 281 291 $**
CHARGES				
Dépenses de transferts	3 444 646 $		4 773 974 $	8 218 620 $
Contrats à budget	19 936 690			19 936 690
RITM – Facturation provinciale			61 649 838	61 649 838
Autres	(5 509)	59 500	220 015	274 006
Total des charges	**23 375 827 $**	**59 500 $**	**66 643 827 $**	**90 079 154 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice	**163 481 $**	**(5 349) $**	**(955 995) $**	**(797 863) $**

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2011-2012
REVENUS				
Subventions du Ministère	17 528 228 $	5 000 $	60 015 694 $	77 548 922 $
Revenus d'intérêts	32 997	2 566	165 657	201 220
Autres	4 350 257	20 923	157 248	4 528 428
Total des revenus	**21 911 482 $**	**28 489 $**	**60 338 599 $**	**82 278 570 $**
CHARGES				
Dépenses de transferts	3 933 492 $		4 450 222 $	8 383 714 $
Contrats à budget	18 014 334			18 014 334
RITM – Facturation provinciale			63 765 297	63 761 876
Autres	49 484	49 632 $	314 635	417 172
Total des charges	**21 997 310 $**	**49 632 $**	**68 530 154 $**	**90 577 096 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) de l'exercice	**(85 828) $**	**(21 143) $**	**(8 191 555) $**	**(8 298 526) $**

BILAN COMBINÉ	FONDS AFFECTÉS	
	2012-2013	2011-2012
ACTIF		
À COURT TERME		
Encaisse	16 711 693 $	17 842 311 $
Avances de fonds aux établissements publics		550 000
Débiteurs	10 535 123	7 791 283
Autres éléments	1 386	7 399
Total - Actif à court terme	27 248 202 $	26 190 993 $
À LONG TERME		
Subvention à recevoir – provision vacances et congés de maladies	9 910 $	10 087 $
Total - Actif à long terme	9 910 $	10 087 $
Total de l'actif	**27 258 112 $**	**26 201 080 $**
PASSIF		
À COURT TERME		
Créditeurs et charges à payer	17 771 832 $	15 267 612 $
Provision pour vacances et congés de maladies	25 278	19 665
Revenus reportés – MSSS + crédits régionaux	265 134	768 530
Total du passif	**18 062 244 $**	**16 055 807 $**
Solde de fonds	**9 195 868 $**	**10 145 273 $**
Total du passif et du solde de fonds	**27 258 112 $**	**26 201 080 $**

:: État résumé du solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2013

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2012-2013
Solde créditeur (débiteur) - au début	**330 330 $**	**157 188 $**	**9 657 755 $**	**10 145 273 $**
Additions (déductions)				
Déficit de l'exercice	163 481 $	(5 349) $	(955 995) $	(797 863) $
Transferts interfonds :				
– Affectés au fonds d'exploita-			(64 702)	(64 702)
– Affectés au fonds des activités régionalisées				
– Affectés au fonds d'immobilisations	(116 751)			(116 751)
Autres transferts interfonds	(4 165)		34 076	29 911
Variation de l'exercice	**42 565 $**	**(5 349) $**	**(986 621) $**	**(949 405) $**
Solde créditeur (débiteur) – à la fin	**372 895 $**	**151 839 $**	**8 671 134 $**	**9 195 868 $**

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2011-2012
Solde créditeur (débiteur) - au début	**510 628 $**	**178 331 $**	**17 945 147 $**	**18 634 106 $**
Additions (déductions)				
Déficit de l'exercice	(85 828) $	(21 143) $	(8 191 555) $	(8 298 526) $
Transferts interfonds :				
– Affectés au fonds d'exploitation			(36 536)	(36 536)
– Affectés au fonds des activités régionalisées			(59 301)	(59 301)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(75 400)			(75 400)
Autres transferts interfonds	(19 070)			(19 070)
Variation de l'exercice	**(180 298) $**	**(21 143) $**	**(8 287 392) $**	**(8 488 833) $**
Solde créditeur (débiteur) – à la fin	**330 330 $**	**157 188 $**	**9 657 755 $**	**10 145 273 $**

:: État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

ENVELOPPE RÉGIONALE	2012-2013
ENVELOPPE RÉGIONALE	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	817 478 500 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	
Allocations aux établissements	766 961 066 $
Allocations aux organismes communautaires	18 794 677 $
Allocations à d'autres organismes	758 091 $
MONTANT DES ALLOCATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE INSCRITES DANS LE SYSTÈME SBF-R	
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	25 490 190 $
Autres	37 500 $
Total	**812 041 524 $**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	**5 436 976 $**
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics	
– Comptes à payer signifiés	3 576 712 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics	
– Comptes à payer signifiés	1 722 875 $
– Comptes à payer non signifiés	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**5 299 587 $**
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	137 389 $
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	**0 $**

:: Notes aux états financiers résumés

NOTE 1 – RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 28, est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent au montant de 145 214 $; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 28, se solde par un excédent de 23 491 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 2 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ci-après l'« Agence ») a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la LSSSS et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Sherbrooke. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 – MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

MODÈLE DE PRÉSENTATION

Le *Rapport financier annuel* est préparé conformément aux normes canadiennes pour le secteur public.

AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés et les employées en congé parental et en assurance salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés et aux employées en congé parental et en assurance salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir – MSSS	38 979 $	120 828 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	144 214 $	120 828 $
Charges-avantages sociaux	29 361 $	9 621 $
Subventions - MSSS	18 151 $	9 621 $

SUBVENTIONS (TRANSFERTS) GOUVERNEMENTALES

Le 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du *Manuel de l'ICCA pour le secteur public*).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences bénéficiant d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

SUBVENTION À RECEVOIR SUR LES DETTES FINANCÉES PAR LE GOUVERNEMENT – RÉFORME COMPTABLE

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(3 778 468) $
Subventions – Gouvernement du Québec	—
Surplus (déficits) de l'exercice	(413 695) $

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

RÉFÉRENTIEL COMPTABLE

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP4200 à SP 4270, émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA).

UTILISATION D'ESTIMATIONS

La préparation du *Rapport financier annuel* exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date du *Rapport financier annuel* ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le *Rapport financier annuel*. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

EXERCICE FINANCIER

Conformément aux dispositions de la LSSSS, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars. Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail regroupant les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail, visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période; l'exercice financier s'étend du 1er janvier au 15 décembre 2012.

COMPTABILITÉ D'EXERCICE

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

PRÉSENTATION PAR FONDS

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes, aux subventions et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence.

De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

TRANSFERTS INTERFONDS

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre fonds sont comptabilisés directement à l'état du solde de fonds et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : Les activités principales regroupent les opérations découlant de la fonction que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au RSSS, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du MSSS, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

CENTRE D'ACTIVITÉS

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'Agence.

IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

CATÉGORIE	DURÉE
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Développement informatique	5 ans
Location-acquisition	Selon la nature du bien

FRAIS D'ÉMISSION, ESCOMPTE ET PRIME LIÉS AUX EMPRUNTS

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

AVOIR PROPRE

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la Loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

REVENUS

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique : Les subventions (transferts) en provenance du MSSS ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

AUTRES REVENUS

Les sommes reçues par subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

REVENUS D'INTÉRÊTS

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

SUBVENTIONS DU MSSS – ÉCART DE FINANCEMENT – IMMOBILISATIONS

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

INSTRUMENTS FINANCIERS

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 - Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la LSSSS, le MSSS détermine le format du *Rapport financier annuel* applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du RSSS détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

NOTE 5 – FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés n'étant pas distinctement présentés au *Rapport financier annuel* sont les suivants :

	2013	2012
FONDS D'EXPLOITATION		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	69 687 $	79 135 $
FONDS D'IMMOBILISATIONS		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	2 179 177 $	2 081 086 $
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 511 310 $	1 200 634 $
FONDS AFFECTÉS		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	116 751 $	75 400 $

NOTE 6 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 41 341 000 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêt au taux préférentiel de la banque moins 1,75 %.

La convention de crédit est renégociable le 31 décembre 2015.

	2013	2012
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2013 est de 1,52 %.	23 610 687 $	24 077 804 $

NOTE 7 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2013	2012
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	2 462 840 $	2 874 873 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012.	--- $	1 007 287 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	4 690 141 $	5 024 527 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	1 488 096 $	1 789 009 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 1 087 351 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	6 907 391 $	7 994 742 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 472 767 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	1 891 069 $	2 363 837 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	305 665 $	321 753 $

	2013	2012
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406 %, remboursable par versements annuels de 41 609 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	998 614 $	1 040 223 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	3 535 450 $	4 142 903 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	5 355 844 $	6 176 027 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,213 %, remboursable par versements annuels de 100 287 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2018.	1 877 620 $	--- $
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	5 266 688 $	6 428 015 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	3 384 893 $	3 862 786 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	1 621 784 $	1 702 874 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 40 423 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	929 725 $	970 148 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 188 569 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	2 262 828 $	2 451 397 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,6497 %, remboursable par versements annuels de 38 968 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2016.	896 124 $	935 085 $
	43 874 772 $	**49 085 486 $**
Tranche échéant à moins d'un an.	11 094 914 $	7 088 334 $
	32 779 858 $	**41 997 152 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2014	11 094 914 $
2015	14 338 455 $
2016	4 507 884 $
2017	8 443 958 $
2018	1 041 038 $
	39 426 249 $

NOTE 8 – OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION

	2013	2012
Contrats de location de photocopieurs, d'un montant de 80 544 $, remboursables par versements mensuels de 1 452 $, échéant le 29 novembre 2017.	52 506 $	67 140 $
Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 48 285 $, remboursable par versements annuels de 31 556 $, échéant le 31 mars 2015.	39 068 $	68 635 $
Montant total des paiements minimums futurs.	91 574 $	135 775 $
Tranche échéant à moins d'un an.	46 198 $	62 758 $
	45 376 $	**73 017 $**

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

2014	46 198 $
2015	25 494 $
2016	17 060 $
2017	2 131 $
2018	691 $

NOTE 9 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

Les principales obligations contractuelles de l'Agence se détaillent comme suit :

- Des contrats de location-acquisition pour photocopieurs et matériel informatique, échéant en novembre 2017.
- Une entente de gestion avec le MSSS pour le déploiement du DSQ – Région de l'Estrie. L'Agence est responsable de la mise en œuvre de ce projet et cette somme sera distribuée aux établissements concernés en fonction de la valeur des biens livrables. L'échéance est prévue en 2013-2014.
- Une entente avec le fournisseur *Quadramed* pour les cinq prochaines années, dans le cadre du DCI.
- Une entente de collaboration avec l'Agence de la Mauricie-Centre-du-Québec et l'Agence de la Montérégie portant sur le cadre de gestion. Les dépenses sont assumées par les établissements de l'Estrie et de deux autres régions, et subventionnées par le MSSS.
- L'Agence de l'Estrie détient également des obligations contractuelles de type transfert. Cela implique que l'Agence effectue le paiement et n'obtient aucune contrepartie directe ni remboursement ultérieur.

Parmi ces types d'obligations, nous retrouvons les contrats avec les neuf entreprises ambulancières (échéance au 31 mars 2015), les quatorze GMF (échéance à des intervalles différents et tous renouvelables pour trois ans) et les établissements privés-conventionnés (EPC) (échéance au 31 mars 2014 et renouvelables).

NOTE 10 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le *Rapport financier annuel*, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au *Rapport financier annuel*.

NOTE 11 – ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

NOTE 12 – PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la LSSS (chapitre S-4.2) l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le C. A.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le *Rapport financier annuel*, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		RÉEL 1 $	BUDGET 2 $
PRODUITS			
Subvention du MSSS			
Budget signifié	01	7 337 259	7 256 614
(Diminution) ou augmentation du financement (C.02 : voir précisions)	02	207 945	221 051
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(73 000)	30 000
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	27 772	
Total des subventions du MSSS (L.01 à L.04)	**05**	**7 499 976**	**7 507 665**
Revenus d'intérêts	06	24 373	20 000
Revenus d'autres sources			
Recouvrement	07	150 649	59 744
Ventes de services	08		
Subventions du gouvernement fédéral	09		
Autres subventions (C.02 : voir précisions)	10		95 254
Autres revenus (C.02 : voir précisions)	11	88 507	46 966
Total des produits (L.05 à L.11)	**12**	**7 763 505**	**7 729 629**
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	13	4 441 757	4 369 907
Avantages sociaux	14	1 131 335	1 044 059
Charges sociales	15	617 366	619 997
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	16	91 997	68 906
Services achetés	17	590 681	592 494
Communications	18	74 058	68 716
Loyers	19	373 650	387 243
Location d'équipements	20	17 134	25 000
Fournitures de bureau	21	118 132	107 470
Transfert à des établissements (C.02 : voir précisions)	22	162 173	75 000
Autres frais (C.02 : voir précisions)	23		19 330
Charges non réparties	24		
Transfert de frais généraux (C.02 : voir précisions)	25		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	**26**	**7 618 291**	**7 378 122**
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.26)	**27**	**145 214**	**351 507**

PRÉCISIONS

Augmentation du financement, ligne 02

Gestion Kino-Québec	32 702 $
Formation des cadres	8 540 $
Formation autres syndicats	4 809 $
Inspection résidences privées pour aînés	175 000 $
	221 051 $

Autres subventions, ligne 10

MELS	95 254 $

Autres revenus, ligne 11 :

Vente de documents et autres	1 291 $
Formation des cadres	1 514 $
MELS	12 011 $
Avance sur le maintien de l'équité salariale	5 992 $
Réseau d'expertise bien-être réfugié	25 000 $
Réclamation au MSSS - frais de déplacement	1 158 $
	46 966$

Transfert à des établissements, ligne 22

Services de traduction et services pour réfugiés pour des établissements	75 000 $

Autres frais, ligne 23

Autres activités - Kino Québec	10 402 $
École Active	8 928 $
	19 330 $

3.2. ÉTATS FINANCIERS DU RÉSEAU

3.2.1. SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

:: Allocations 2012-2013

En 2012-2013, les revenus des établissements furent de 876 658 426 $; incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et des usagères, et les ventes de services. Les revenus des établissements publics représentent 867 056 808 $ et ceux des établissements privés conventionnés totalisent 9 601 618 $. Vous trouverez, au tableau de la page 159, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits autorisés pour les exercices 2012-2013 et 2011-2012.

De plus, en 2012-2013, les efforts d'optimisation se sont poursuivis avec le premier volet découlant du projet de loi n° 100, soit le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux ainsi que la réduction de 10 % des dépenses administratives à terme, et le deuxième volet de ces efforts relié à d'autres mesures d'optimisation, permettant ainsi de contenir à 5 % la croissance des dépenses des secteurs de la santé et des services sociaux. Un effort supplémentaire de 7 069 209 $ relié à d'autres mesures est venu s'ajouter en 2012-2013.

Les orientations budgétaires suivantes furent adoptées pour l'utilisation des budgets 2012-2013 :

- Distribuer le montant relatif aux efforts d'optimisation 2012-2013 sur la base des budgets nets 2011-2012 des établissements publics de la région et répartir la réduction budgétaire sur la base des dépenses administratives pour les établissements privés.
- Confirmer les crédits 2012-2013 alloués à la région par le MSSS incluait, entre autres, une somme de 3 699 422 $ pour les coûts de système spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et convenue (budget en vieillissement et santé physique) pour répartir le solde résiduel provenant de l'indexation spécifique.

Un montant récurrent de 2 200 996 $ fut ainsi réparti entre les établissements publics et privés pour les coûts spécifiques de médicaments et de fournitures médicales, et le solde résiduel de 1 498 426 $ fut alloué pour la courte durée. Une somme de 1 198 741 $ fut attribuée au CHUS et le solde de 299 685 $ a été réparti entre les CSSS de la région selon la méthode d'allocation des budgets en vieillissement et santé physique, comme pour les années antérieures.

:: Allocation budgétaire pour les programmes Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement et Déficience physique

Le MSSS allouait également, pour l'exercice 2012-2013, une allocation budgétaire récurrente de 1 339 168 $ pour les programmes DI-TEP et DP.

L'utilisation de cette somme comporte les volets suivants :

- Un montant de 542 644 $ est alloué aux CSSS et sera consacré à une accessibilité plus grande en matière de services professionnels offerts aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle, une déficience physique ou des troubles envahissants du développement. Également, les familles bénéficient de services tels du répit, du gardiennage, du soutien aux activités de la vie quotidienne et d'évaluation en vue d'une adaptation de domicile.
- Un montant de 176 359 $ est alloué aux organismes communautaires afin de soutenir les familles et développer des activités occupationnelles.
- Des allocations de 116 281 $ et de 213 182 $ sont allouées respectivement au Centre d'accueil Dixville (CRDITED) et au CRE. Ceci permet d'intervenir plus tôt auprès des enfants et de soutenir les adolescentes, les adolescents et les adultes dans leur intégration scolaire et professionnelle, ou encore aider les personnes ayant des troubles de comportement. De plus, des services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique, auditive, motrice, visuelle ou au niveau de la parole et du langage sont offerts.
- Enfin, un montant de 290 702 $ a fait l'objet d'une réserve régionale pour des projets concernant le continuum résidentiel de première et de deuxième ligne pour les personnes vivant avec une DI, une DP et des TED. L'objectif étant d'améliorer le soutien à domicile et, ainsi, éviter le recours à l'hébergement.

Le règlement final aura lieu en 2013-2014 et sera effectué en fonction des dépenses réellement encourues présentées aux états financiers des établissements, montants qui pourraient différer des allocations budgétaires attribuées selon la méthode de répartition 2012-2013 et basée sur la population 0-64 ans.

Pour l'exercice financier 2012-2013, l'allocation budgétaire fut établie à un maximum de 4/12, soit la date à laquelle le MSSS a convenu du début des projets.

:: Allocation budgétaire pour le programme Jeunes en difficulté

Dans le cadre du *Programme intégré en négligence* (Réseau Parent'Aise) l'utilisation de la somme allouée par le MSSS pour 2012-2013 se détaille de la façon suivante :

- Un montant de 324 192 $ est réparti entre les CSSS afin d'implanter le *Programme d'intervention en négligence* dans tous les territoires de l'Estrie.
- Cette allocation permet la poursuite des activités prévues par le *Réseau Parent'Aise* en collaboration avec le CJE et d'autres partenaires.

Le règlement final aura lieu en 2013-2014 et sera effectué sur la preuve de la mise en place de nouveaux services pour lesquels la planification aura reçu l'aval de l'Agence et du MSSS.

3.2.2. BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT

FONDS D'EXPLOITATION AVANT LES TRANSFERTS INTERFONDS

	2012-2013						2011-2012
	Activités principales			Activités accessoires	Contribution de l'avoir propre	Surplus (déficit) après contribution de l'avoir propre	Surplus (déficit) après contribution de l'avoir propre
	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)			
AS-471	P.358 L.12 C.1	P.358 L.25 C.1	P.358 L.26 C.1	P.358 L.26 C.2			
	a	b	c a-b	d	e	f c+d+e	g
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS							
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	402 736 387	401 960 092	776 295	1 084 753		1 861 048	(976 925)
Centre jeunesse de l'Estrie [1]	52 683 365	51 394 578	1 288 787	22 961		1 311 748	695 992
Centre de réadaptation Estrie	21 335 492	21 128 750	206 742	(96 320)		110 422	106 081
Centre d'accueil Dixville	31 189 356	31 385 924	(196 568)		196 568		
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie	6 241 781	6 221 056	20 725	51 059		71 784	141 025
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	163 570 343	162 889 279	681 064	269 784		950 848	2 123 091
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	19 859 824	19 585 533	274 291			274 291	269 090
Centre de santé et de services sociaux du Granit	34 669 381	34 520 823	148 558	4 168		152 726	218 935
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	21 563 394	21 497 736	65 658	810		66 468	
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	63 383 655	60 419 954	2 963 701	52 651		3 016 352	1 839 177
Centre de santé et de services sociaux des Sources	23 441 559	23 290 146	151 413	79 986		231 399	136 354
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	26 382 271	26 169 565	212 706	539		213 245	550 222
Total partiel	**867 056 808**	**860 463 436**	**6 593 372**	**1 470 391**	**196 568**	**8 260 331**	**5 103 042**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS							
Villa Marie-Claire [1]							16 649
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	5 087 792	5 066 318	21 474			21 474	(59 887)
Maison Rose Blanche	4 513 826	4 378 549	135 277	1 890		137 167	69 963
Total partiel	**9 601 618**	**9 444 867**	**156 751**	**1 890**		**158 641**	**26 725**
Total GLOBAL	**876 658 426**	**869 908 303**	**6 750 123**	**1 472 281**	**196 568**	**8 418 972**	**5 129 767**

(1) Les activités de la Villa Marie-Claire ont été intégrées au Centre jeunesse de l'Estrie à compter du 1er avril 2012

3.2.3. OPTIMISATION DES RESSOURCES

DÉVELOPPEMENT – OPTIMISATION 2007-2008 À 2012-2013

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012[1]	2012-2013[2]	TOTAL
Déficience intellectuelle et TED	886 938	558 309	736 745	207	108 326	698 774	**2 989 299**
Déficience physique	910 753	645 497	509 204	11 143	193 943	648 048	**2 918 588**
Dépendances	247 347	220 596	7 246	205	76 327	302	**552 023**
Jeunes en difficulté	822 903	354 302	10 923	4 169	2 384	324 844	**1 519 525**
Perte d'autonomie	2 169 593	2 588 071	322 639	262 853	4 461 227	6 260 663	**16 065 046**
Santé mentale	2 140 052	1 763 448	174 301	169 958	159 661	95 022	**4 502 442**
Santé physique	6 785 895	6 070 083	4 269 143	4 062 983	3 926 168	3 449 760	**28 564 032**
Santé publique	444 423	296 080	13 546				**754 049**
Services généraux	705 559	228 880	17 827				**952 266**
Administration	1 519 079	1 460 978	241 506				**3 221 563**
Soutien aux services		91 984					**91 984**
Gestion des bâtiments	627 111	267 407					**894 518**
Total partiel	**17 259 653**	**14 545 635**	**6 303 080**	**4 511 518**	**8 928 036**	**11 477 413**	**63 025 335**
OPTIMISATION DES RESSOURCES							
Cible de réduction de 25 %							
- Publicité, frais de déplacement, congrès				(336 297)	(7 783)		**(344 080)**
- Formation				(3 329 435)	(76 958)		**(3 406 393)**
Un retraité sur deux (administratif)				(365 087)	(2 258 631)		**(2 623 718)**
Compression supplémentaire					(1 687 500)	(7 069 209)	**(8 756 709)**
Total partiel				**(4 030 819)**	**(4 030 872)**	**(7 069 209)**	**(15 130 900)**
TOTAL	**17 259 653**	**14 545 635**	**6 303 080**	**480 699**	**4 897 164**	**4 408 204**	**47 894 435**

(1) Inclut les allocations non récurrentes de 4,2 M$ en SAPA et 294 513 $ en DI-TED-DP

(2) Inclut les allocations non récurrentes de 6 M$ en SAPA et récurrentes de 1,3 M$ en DI-TED-DP et de 324 192 $ en JED

3.2.4. AUTORISATIONS D'EMPRUNT TEMPORAIRE

L'Agence a recommandé au MSSS trois autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2012-2013. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2013.

SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNT EN VIGUEUR AU 31 MARS 2013			
BUDGET RÉGIONAL	**MONTANT TOTAL DES BUDGETS**		
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	808 679 732 $		
NATURE DES AUTORISATIONS	**MONTANT DES EMPRUNTS AUTORISÉS**	**POURCENTAGE DU BUDGET RÉGIONAL**	**MONTANT RÉEL DES EMPRUNTS AU 31 MARS 2013**
DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT			
• Équilibre budgétaire	57 000 000 $	7,048 %	33 787 021 $
DÉPENSES EN IMMOBILISATIONS			
• Acquisitions autofinancées	11 718 430 $	1,449 %	10 996 023 $
TOTAL	**68 718 430 $**	**8,498 %**	**44 783 044 $**

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a augmenté de 1,6 million de dollars en 2012-2013, passant ainsi de 55,4 millions au 31 mars 2012, à 57 millions au 31 mars 2013. L'Agence ne peut autoriser un total d'emprunts contractés pour des dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation (acquisitions autofinancées) supérieur à 5,6 millions. Donc, pour obtenir un montant d'emprunts autorisés à 11,7 millions, l'Agence a dû demander une autorisation ministérielle.

3.2.5. ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
MAINTIEN À DOMICILE	$	$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	218 124	213 012
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	126 864	123 890
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	186 665	182 290
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	129 756	126 714
Centre d'action bénévole de Windsor	111 269	108 660
Centre d'action bénévole du Granit	207 920	203 048
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	243 472	237 766
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	129 088	126 063
Centre d'action bénévole Valcourt et région	100 040	97 695
Centre de bénévolat de Richmond	105 810	103 330
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile)	170 120	166 134
La Société Alzheimer de l'Estrie	94 004	91 801
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	189 786	185 339
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	267 761	261 485
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	115 727	
Rayon de soleil de l'Estrie	79 358	77 497
Sercovie	244 456	238 726
TOTAL – Maintien à domicile	**2 720 220 $**	**2 543 450 $**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 705	7 524
Animation jeunesse Haut-Saint-François	42 424	41 430
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	133 418	130 291
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	149 588	146 082
Association de parents PANDA de l'Estrie	149 586	146 080
Association de parents PANDA de l'Estrie	3 171	3 097
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	115 754	113 041
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	54 296	53 023
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	265 982	259 748
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	83 610	81 650
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	207 671	202 804
Association des sourds de l'Estrie	54 296	53 023
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	30 233	29 524
Association du syndrome de Down de l'Estrie	57 057	55 720
Association Épilepsie Estrie	32 136	31 383
Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées (AEIFA)	31 993	31 243
Au point 14-18 de Danville	83 608	81 648
Azimut-Nord	44 813	43 763
Banque alimentaire Memphrémagog	93 895	91 694
Bulle et Baluchon	134 940	131 776
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	62 724	61 254
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	25 543	24 944

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)	43 991	42 960
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)	7 706	7 525
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	16 609	16 220
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	4 114	4 018
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	11 722	11 447
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	28 328	27 664
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	18 423	17 911
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	10 483	10 318
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	11 398	11 131
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	8 321	8 126
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 753	2 688
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	10 423	10 179
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	18 755	18 315
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	5 293	5 169
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	10 423	10 179
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	397 877	388 552
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	79 830	77 960
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)	8 165	7 974
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)	164 371	160 519
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	16 367	15 983

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Centre de santé des femmes de l'Estrie	149 585	146 080
Centre des femmes de la MRC du Granit	189 990	185 537
Centre des femmes du Val-Saint-François	190 184	185 727
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	28 021	27 364
Centre des femmes La Parolière	189 991	185 538
Centre des femmes Lennoxville et environs	194 518	189 959
Centre des femmes Memphrémagog	190 089	185 634
Centre des jeunes de Lennoxville	84 015	82 046
Centre l'Élan	154 340	150 723
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	194 517	189 958
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest	77 500	75 684
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	181 241	176 993
Corporation jeunesse Memphrémagog	100 962	98 596
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	91 096	88 961
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	93 895	91 694
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	83 618	81 658
Diabète Estrie	54 297	53 024
Dysphasie-Estrie	85 321	83 321
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	149 588	146 082
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	79 832	77 961
Famille Espoir	22 738	22 205
Famille Plus	22 738	22 205
Handi-capable	45 618	44 549
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	22 500	21 974
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	396 819	387 519
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	210 078	205 154

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
L'Autre-Rive	149 637	146 130
L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale	125 340	122 402
L'Escale de l'Estrie	849 004	829 105
La Bouée régionale Lac-Mégantic	666 349	650 732
La Chaudronnée de l'Estrie	86 147	84 128
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	392 825	383 618
La Croisée des Sentiers	117 486	114 732
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	79 832	77 961
La Grande Table	79 832	77 961
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	55 871	54 562
La Maison Caméléon de l'Estrie	57 021	55 685
La Maison de la famille du Granit	30 444	29 730
La Maison des familles FamillAction	16 052	15 676
La Maison des jeunes Actimaje	85 595	83 589
La Maison des jeunes de Coaticook	85 593	83 587
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	96 632	94 367
La Maison des jeunes de la Saint-François	109 687	107 116
La Méridienne 1990	666 334	650 717
La Passerelle de Weedon	190 088	185 633
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	28 432	27 766
La Relève du Haut-Saint-François (Le Comité de la relève de Scotstown)	32 481	31 720
La Société Alzheimer de l'Estrie	149 588	146 082
La Source-Soleil	347 639	339 491
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	17 625	17 212

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Le Centre d'action bénévole des Sources (Famille) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	4 964	4 848
Le Domaine de la sobriété	149 587	146 081
Le Pont, organisme de justice alternative	375 693	366 887
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	4 322	4 221
Le Rivage du Val-Saint-François	142 959	139 608
Le Seuil de l'Estrie	197 706	193 072
Les Fantastiques de Magog	79 832	77 961
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	41 781	40 802
Les Jeunes du coin d'Ascot	84 014	82 045
Les Soupapes de la bonne humeur	79 832	77 961
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	78 584	189 757
Les Tabliers en folie	95 966	93 716
Local des jeunes des Jardins-Fleuris	14 050	13 721
Maison de la famille de Sherbrooke	8 221	8 028
Maison de la famille Memphrémagog	30 512	29 797
Maison des grands-parents de Sherbrooke	4 185	4 087
Maison des jeunes de Fleurimont	28 432	27 766
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	43 513	42 493
Maison des jeunes l'Initiative	85 232	83 234
Maison Jeunes-Est	212 688	207 703
Marraine Tendresse de l'Estrie	24 555	19 960
Moisson-Estrie	152 302	148 732
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	105 752	103 273

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2012-2013 BASE ANNUELLE	2011-2012 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Naissance-Renaissance Estrie	181 871	177 608
Points Jeunesse du Granit	102 202	99 807
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	115 864	113 148
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	17 792	17 375
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	104 271	101 827
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	25 703	25 101
Ressources communautaires en santé mentale «L'Éveil»	117 678	114 920
S.O.S. Grossesse (Estrie)	149 586	146 080
S.P.E.C. Tintamarre	198 995	194 330
Santé mentale Estrie	26 675	26 050
Secours-Amitié (Estrie)	173 151	169 093
Séjour la Bonne Œuvre	655 130	639 775
Sercovie (personnes âgées)	30 083	29 378
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	149 587	146 082
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)	32 135	31 382
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	84 015	82 046
Unité DOMRÉMY d'Asbestos	79 832	77 961
Unité DOMRÉMY Danville-Shipton	28 510	27 842
Unité DOMRÉMY de Windsor	14 419	14 081
Virage Santé Mentale	124 592	121 672
Zone libre Memphrémagog	81 036	79 137
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**15 076 229 $**	**14 831 876 $**
GRAND TOTAL	**17 796 449 $**	**17 375 326 $**

Annexe

ANNEXE 1

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS ET DES ADMINISTRATRICES ADOPTÉ PAR LE C.A. LE 24 SEPTEMBRE 2012

:: DÉCLARATION DE PRINCIPE

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- d'élaborer des orientations relatives aux services à offrir;
- de répartir équitablement les ressources mises à la disposition de l'Agence.

Considérant la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

« L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, principalement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. »

Et les valeurs de l'organisation :

- le respect;
- l'équité;
- le partenariat;
- la reconnaissance;
- la performance.

Les membres du conseil d'administration ont adopté le Code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

1. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1.1 À son entrée en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi qu'au directeur ou à la directrice de la santé publique.

1.2 Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de l'Estrie.

1.3 Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

1.4 Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'Agence, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

1.5 Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

1.6 Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

1.7 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

2. CONFIDENTIALITÉ ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

2.1 Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

2.2 Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

2.3 Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

2.4 Tout administrateur autre que le président-directeur général et le directeur de santé publique qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics *[L.R.Q., c. M-30, r.0.1, a.10]*, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.

2.5 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur et qui avait un caractère confidentiel.

2.6 Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

3. ACTIVITÉS POLITIQUES

3.1 Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics *[L.R.Q., c. M-30, r.0.1]* le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

3.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

4. RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

4.1 L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

4.4 Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

4.6 L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

5. INTÉGRITÉ

5.1 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

6. APPLICATION DU CODE

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

6.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

6.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.4 À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.5 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

6.6 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

6.7 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

6.8 À défaut par le président ou le vice-président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

6.9 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

6.10 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au Code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

6.11 Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

6.12 Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

6.13 Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

6.14 Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

7. PUBLICITÉ DU CODE

7.1 L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs et des administratrices de l'Agence, à toute personne qui en fait la demande.

7.2 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Les établissements

Centre d'accueil Dixville (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique)

Centre de réadaptation Estrie (centre de réadaptation – déficience physique)

Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux des Sources

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Centre jeunesse de l'Estrie (protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation)

Maison Rose Blanche (centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

SIÈGE SOCIAL

300, rue King E st, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Téléphone : 819 566-7861